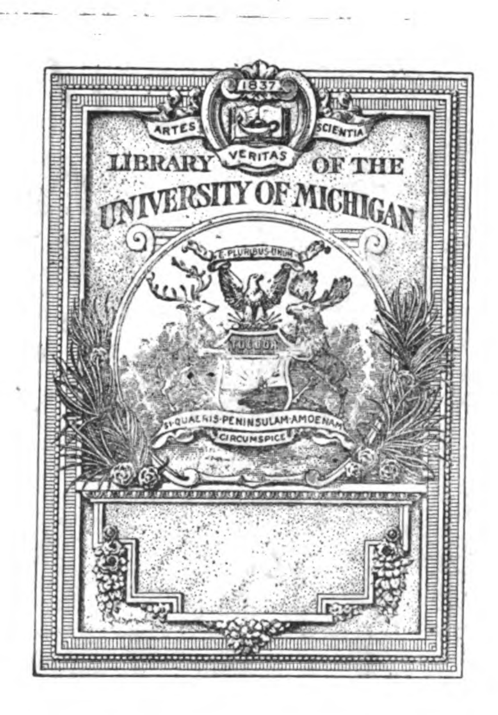
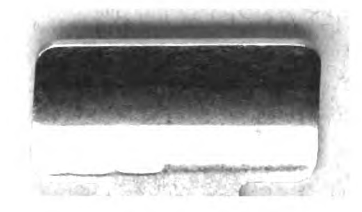





1837
ARTES
VERITAS
SCIENTIA
LIBRARY OF THE
UNIVERSITY OF MICHIGAN
E PLURIBUS UNUM
TUEBOR
SI QUAERIS PENINSULAM AMOENAM
CIRCUMSPICE



Gynaekologische Rundschau.

Zentralorgan für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten

herausgegeben

von

L. M. Bossi (Genua), **R. Chrobak** (Wien), **A. Dührssen** (Berlin), **E. Ehrendorfer** (Innsbruck), **O. v. Franqué** (Gießen), **H. W. Freund** (Straßburg), **G. Heinricius** (Helsingfors), **M. Henkel** (Greifswald), **O. v. Herff** (Basel), **C. Jacobs** (Brüssel), **Ph. Jung** (Erlangen), **F. Kleinhans** (Prag), **E. Knauer** (Graz), **G. Leopold** (Dresden), **R. Lumpe** (Salzburg), **A. v. Mars** (Lemberg), **L. Meyer** (Kopenhagen), **Fr. v. Neugebauer** (Warschau), **E. Opitz** (Düsseldorf), **J. Pfannenstiel** (Kiel), **L. Piskaček** (Wien), **P. Rissmann** (Osnabrück), **A. Rosner** (Krakau), **F. Schauta** (Wien), **H. Schmit** (Linz), **B. Schultze** (Jena), **W. Tauffer** (Budapest), **W. Thorn** (Magdeburg), **F. Torggler** (Klagenfurt), **A. v. Valenta** (Laibach), **H. Walther** (Gießen), **A. Welponer** (Triest), **F. von Winckel** (München), **G. Winter** (Königsberg), **Th. Wyder** (Zürich)

redigiert von

Dr. Oskar Frankl

in Wien.

II. Jahrgang.

(Mit 49 Figuren.)

URBAN & SCHWARZENBERG

BERLIN — N., FRIEDRICHSTRASSE 105b

WIEN — I., MAXIMILIANSTRASSE 4

1908.

Inhalt des II. Jahrganges.

1908.

A. Originalartikel.

B. Hebammenwesen und Sozialhygiene.

C. Geschichte der Gynaekologie.

D. Bücherbesprechungen.

E. Sammelreferate.

F. Aus fremdsprachiger Literatur.

G. Vereinsberichte.

H. Literaturregister.

J. Personalien und Notizen.

GYNAEKOLOGISCHE RUNDSCHAU.

ZENTRALORGAN

FÜR

GEBURTSHILFE UND FRAUENKRANKHEITEN.

II. Jahrg. **1908.** **1. Heft.**

Original-Artikel.

150 Gynaekologische Fälle operiert unter Lumbalanästhesie mit Tropakokain.

Von Professor Dr. **Alfred von Valenta.**

Meine Erfahrungen über Lumbalanästhesie mit Tropakokain waren so sehr zufriedenstellende, daß ich nicht umhin kann, selbe zu veröffentlichen, um dadurch mein Schärflein zur Verbreitung dieser Methode beigetragen zu haben. In der letzten Zeit erschienen ja mehrere Publikationen über diese Methode speziell von chirurgischer Seite, weniger noch von gynaekologisch-geburtshilflicher. Seit beiläufig zwei Jahren operiere ich mit Lumbalanästhesie, vom Anfange an etwas zögernder, abwartender, jetzt fast nur mehr mit derselben, noch mehr aufgemuntert durch die ausgezeichneten Erfolge auf der chirurgischen Abteilung unseres Landesspitales. Ich will nicht weit ausholen und nur betonen, daß mit dieser Methode ein Schritt in der Medizin gemacht wurde, der allein schon einen ungeheuren Fortschritt bedeutet; geradezu epochemachend schreitet diese Methode an der Spitze der Errungenschaften der letzten Jahre. Wenn man bedenkt, in wieviel Fällen es oft unmöglich oder nur mit den größten Gefahren für den Kranken verbunden war, unter Narkose zu operieren, z. B. bei Herzkrankheiten, Kropf usw., worauf man jetzt keine Rücksicht zu nehmen braucht, so ist dies allein schon ein unbezahlbarer Vorteil. Für die Gynaekologie ist die Methode wie geschaffen. Es wird eine ganze Arbeitskraft erspart, und zwar gerade zu einer Zeit, in der sich der beginnende Ärztemangel in den Spitälern ganz empfindlich bemerkbar macht; oft war es in Ermanglung eines Narkotiseurs unmöglich zu operieren oder standen nur ungeschulte Narkotiseure zur Verfügung, so daß einen die Narkose mehr beschäftigte als die Operation, namentlich bei längerdauernden Eingriffen, wie z. B. vaginale Köliotomien, Totalexstirpationen usw., und wenn selbe nicht glatt war und von Erbrechen, Pressen Asphyxie etc. unterbrochen wurde, wie mußte man eilen, um die Operation zu beenden. Dies entfällt vollkommen, man kann ganz ruhig arbeiten, es ist kein Wettrennen mehr, hie und da frägt man die Kranke während der Operation um ihr Befinden, fast immer bekommt man die Antwort „gut“ oder auch keine, „die Patientin ist eingeschlafen“. — Wie ich schon in meinen Jahresberichten erwähnte, wird das Hauptgewicht bei dieser Anästhesie auf die Aseptik gelegt und hauptsächlich zu verhindern getrachtet, daß Desinfektionsflüssigkeiten, z. B. Sublimat, Lysol, Jodtinktur, Äther, Alkohol mit der Injektionsnadel in Berührung kommen. Die Einstichstelle wird gründlichst durch fünf Minuten mit Seife und Waschel gereinigt, dann mit Sublimat abgespült, mit Alkohol und Äther abgerieben und zum Schlusse mit physiologischer Kochsalzlösung gründlichst gereinigt; genauere Daten sind in mehreren Publikationen schon niedergelegt, so von

Colombani, Šlajmer, Silbermark, Schwarz etc. etc. Zur Verwendung kam in allen Fällen Tropakokain von E. Merck, welches sich so bewährt hat, daß kein Grund vorhanden gewesen wäre, es zugunsten eines anderen vorgeschlagenen Mittels aufzulassen; bei dieser Gelegenheit möchte ich erwähnen, daß es sehr praktisch ist, bei der Einstich- und Injektionsprozedur den die Nadel ausfüllenden Mandrin, noch ehe man im Rückenmarkskanal zu sein glaubt, herauszuziehen, da so eine Verletzung unmöglich, denn sobald die Nadel im Kanal ist, träufelt es sofort aus derselben und ein mehrmaliges Probieren und abermaliges Einführen des Mandrins entfällt. Gut ist es auch, den Patienten vor der Operation eine Morphininjektion zu verabreichen, ihnen die Augen mit einer Binde zuzudecken, die Ohren mit Watte zu verstopfen aus leicht verständlichen Gründen: das Sehen blutiger Hände, das Verlangen von Instrumenten und das Klirren derselben, oft auch in der Eile hingeworfene Worte und Bemerkungen könnten die Patienten in noch größere Angst und Aufregung versetzen.

Es folgen nun die von meinem Assistenten Dr. Gallatia aus den Krankenprotokollen entnommenen Zusammenstellungen; bei dieser Gelegenheit möchte ich bemerken, daß ich außerdem in vielen Fällen der Privatpraxis, als auch in zahlreichen geburtshilflichen Fällen diese Methode angewendet habe.

Tabellarische Übersicht über 150 Tropakokainfälle.

P.-Nr.	Name	Art der Krankheit	Operation	Menge des Tropakokains, Dauer der Anästhesie	Folgen und Nebenerscheinungen
332 1905	Kast. M.	Ca. vag., Leistendrüsenschwellung	Excisio. Ausräumung d. Drüsen	0·08 1 h	vollkommen; keine Folgen
336	Cap. G.	Elongatio port. Prolapsus ut. et vag.	Amputatio colli, Kolporrhaphie, Dammplastik	0·08 1 h	v., k. Flg.
354	Sch. W.	Descensus uteri, Rectokele	Kolporrhaphia post., Dammpl.	0·08 1 h	v., k. Flg.
353	Š. W.	Ca. port. inop.	Exkochl., Kaut.	0·05 25′	v., k. Flg.
358	E. W.	Prolapsus vag. Elongatio port.	Kolporrh. ant. et post. Dammpl.	0·08 1 h	1 h nach Operat. kann Pat. die Füße noch nicht bewegen, später keine Folgen
198	V. S.	Fistula vesico-vag.	Anfrischung Naht	0·08 $1^1/_2$ h	v., k. Flg.
389	T. M.	Elong. port. Prolaps. uteri	Amput. colli, Kolporrh., Dammpl.	0·08 $1^1/_2$ h	v., k. Flg.
394	G. M.	Prolapsus vag. et ut.	Kolporrh. ant. et post., Dammpl.	0·10 $1^3/_4$ h	v., k. Flg.
404	Č. Fr.	Cystokele, Rupt. perin. invet.	Kolporrhaphia ant.; L. Tait	0·08 1 h	v., k. Flg.
449	Š. Fr.	Myoma vag., Desc. vag.	Excisio; Kolporrh., L. Tait	0·08 1 h	v., k. Flg.
454	P. T.	Retrofl. uteri	Ventrofixatio	0·08 25′	v., k. Flg.
457	P. A.	Descens. vag., Rectokele	Kolporrh., Dammplastik	0·08 45′	v., k. Flg.
446	Š. W.	Decubitus port. et Descensus	Schröder-Emmet Kolporrh. ant. et post.	0·08 40′	Kopfschmerzen, Pulsbeschl.
489	Gl. G.	Ca. recid. in cicatr. lab. ma.	Excisio	0·08 45′	v., k. Flg.
491	Z. J.	Elong. port.; Retroflexio uteri et descensus	Amput. colli.; Kolporrh. ant., post. Dammpl.	0·08 45′	v. 3 Tage P. beschl.

P.-Nr.	Name	Art der Krankheit	Operation	Menge des Tropakokains. Dauer der Anästhesie	Folgen und Nebenerscheinungen
490	T. M.	Myosarcoma port. p. laparot.	Excisio, Kauterisatio	0·08 45′	Schmerzen beim Anziehen d. Stumpfes k. Flg.
493	P. J.	Fistula ves.-vag.	Anfrischung, Naht	0·05 1 h	unvollkommen k. Flg.
505	M. R.	Retrofl. ut. fix.	Ventrofixatio	0·08 45′	v., k. Flg.
524	C. M.	Kyst. dermoid. ov.	Ovariotomia	0·08 Narkose	wirkungslos, k. Flg.
529	G. M.	Ca. ut. inop.	Exkochl., Kauteris.	0·05 20′	v., k. Flg.
528	M. H.	Ca. fundi uteri	Totalis p. vag.	0·08 1 h	45′ vollk.; 15′ geringe Empfindl.
531	Br. J.	Ca. ov. lat. utr.; Ascites	Ovariot. bilat.	0·08 Narkose	unvollkommen
548	K. M.	Tbc. perit.	Laparotomia	0·08 30′	Beim Eindringen d. Nadel Schmerz im r. Fuße, der bis zum Abend anhält. Sonst v. Anästh.
569	B. M.	Tbc. tubar.	Exstirpatio adnex.	0·08 45′	v., k. Flg.
619	P. M.	Cystokele	Kolporrhaphia a., p., Dammpl.	0·08 45′	v., k. Flg.
23	H. A.	Descens. ut. et vag.	Kolporrh. a., p., Dammplastik	0·08 45′	v., k. Flg.
29	Tsch. J.	Erosio et Desc. uteri	Kolporrh. a. et p. Dammpl.	0·08 45′	v., k. Flg.
28	Ml. J.	Laceratio p. Rupt. per. inv.	Schröder-Emmet Plastik	0·08 45′	v., k Flg.
61	T. A.	Ca. lab.	Excisio, Sutura	0·08 30′	v., Temp.-Steig. von belegten Nähten
16	L. R.	Fistula ves.-vag.	Anfrischung, Naht	0	Spondilolysthesis Injekt. mißlungen
66	P. A.	Fistula ves.-vag.	Anfrischung, Naht	0·08 1 h	v. Puls-St. Pyelitis!
66	P. A.	Fistula ves.-vag.	Anfrischung, Naht	0·08 1 h	v., k. Flg.
68	Š. K.	Ca. ut. et ves.-vag.	Exkochl. Kaut. 6 Suturae	0·06 30′	v., k. Flg.
76	M. J.	Descensus ut. et vag.	Kolporrhaphia a., p., Dammplastik	0·08 30′	v., danach Kollaps! Kampfer rasche Erholung
104	K. A.	Tbc. perit. et Adnex.	Laparot.	0·05 35′	zuwenig Tropakok. weg. Spritzenbruch k. Flg.
120	R. K.	Prolapsus vag.	Kolporrh. a., p., Dammpl.	0·08 30′	v. k. Flg.
122	S. Th.	Tbc. perit.	Laparotomie	0·08 30′	Hautnaht empfindl., nicht schmerzh. k. Flg.
66	P. M.	Fistula ves.-vag.	Anfrischung Naht	0·08 30′	v., k. Flg.
213	M. J.	Prolapsus ut. et vag.	Kolporrh. a., p., Dammplastik	0·08 45′	v., k. Flg.
221	G. M.	Ca. fundi uteri	Exkochleatio, Kauterisatio	0·06 15′	v., k. Flg.
237	St. M.	Ca. ut. inop.	Exkochl., Kauter.	0·06 20′	v., k. Flg.
248	Ž. M.	Ruptura perinei totalis	Anal-Dammpl. n. Simpson-Sänger	0·08 1 h	v., k. Flg.
279	K. J.	Ca. vag. inop.	Exkochl., Kauter.	0·06 20′	v., Pulssteigerung

P.-Nr.	Name	Art der Krankheit	Operation	Menge des Tropakokains. Dauer der Anästhesie	Folgen und Nebenerscheinungen
307	Str. Fr.	Prolapsus uteri Cysto-Rectokele	Schröder-Emmet v., h. Kolp., Dammpl.	0·08 45′	v., k. Flg.
324	Š. M.	Ruptura perin. invet.	v. h. Kolporrh., Dammpl.	0·08 45′	zum Schlusse etwas empfindl.; k. Flg.
414	M. M.	Prolapsus ut. et vag.	v. h. Kolporrh. Dammpl.	0·08 45′	v., k. Flg.
437	V. Th.	Prolapsus vag.	v. h. Kolp., Dammpl.	0·08 45′	v., k. Flg.
450	G. Fr.	Tbc. adn. et perit.	Laparotomia	0·08 1 h	v., k. Flg., nebenbei Tbc. pulm.
454	K. M.	Prolapsus uteri Elong. colli	Kolporrh. a., p. Dammplastik	0·08 1 h	v., k. Flg.
458	Z. M.	Tum. adnex	Exstirpatio p. laparot.	0·08 1 h	zum Schlusse etwas empfindl.; k. Flg.
491	Š. U.	Prolapsus uteri et vag.	Kolporrh. a., p. Dammplastik	0·08 1 h	v., k. Flg.
495	N. G.	Ca. port.	Exstirp. ut. tot. p. vag.	0·08 1 h	v., Kollaps.
501	S. M.	Cm. vulvae	Excisio	0·08 20′	v., Kopfschmerz
502	V. J.	Elong. colli Prolapsus vag.	Amputatio colli, Kolporrh. p. Dammpl.	0·08 30′	v., k. Flg.
508	K. Fr.	Kyst. dermoid.	Ovariotomia	0·08 30′	v., k. Flg.
518	P. M.	Kystoma derm. accret. intest.	Ovariotomia	0·08 1½ h 30′ Tropak., dann Narkose	Narkose wegen breiter empfindl. peritonealer Adhäs.
558	K. J.	Ca. vag. prim.	Exkochl., Kauteris.	0·06 30′	v., k. Flg.
569	R. M.	Elong. cerv. Desc. uteri	Amputatio colli v., h. Kolp. Tait	0·08 1 h	v., k. Flg.
576	M. A.	Ca. ut. inop.	Exkochl., Kauteris.	0	enorme Skoliose, Nadel kann nicht durch
568	P. M.	Rupt. perinei traumatica	Lawson Tait	0·08 30′	v., k. Flg.
29. 1906	S. M.	Ca. uteri		Vitium cordis	Nadel dringt wegen Kürze nicht in den Kanal (enorme Adipositas)
29	S. M.	Ca. uteri	Versuch einer Totalis wegen starrer empfindlicher Adhäsion aufgegeben	0·08 45′	Schmerz beim Anziehen d. Uterus k. Flg.
35	P. M.	Tbc. adnex et perit.	Laparotomia	0·08 30′	v., k. Flg. Temp.-St. ex Tbc.
38	P. A.	Ca. uteri	Totalis p. vag.	0·08 1 h	v., später Ischias nach d. Op. Kollaps
86	J. Fr.	Retrofl. ut. Kystoma ov.	Ovariotomia, Ventrofixatio	0·08 30′	v., Puls-Steig. (an Ileus gestorben!)
47	P. M.	Ruptura perinei invet.	Lawson Tait	0·08 30′	v., längere Anästh. sonst. k. Flg.
94	D. K.	Ca. prim. vag.	Excisio, Sutura	0·08 45′	v., k. Flg.
109	Pr. M.	Ca. ut. et vag. metast.	Exkochl., Kaut.	0·06 30′	v., k. Flg.
109	Pr. M.	Ca. ut. et vag. metast.	Versuch einer Totalis (Blase angegriffen)	0·08 45′	v., k. Flg.
115	K. A.	Ruptura perin. inv., prol vag.	Kolporrh. a., p. Dammplastik	0·08 30′	v., Kopfschmerz
119	B. A.	Elong. colli, prolaps. ut. tot	Amputatio colli v., h., Kolp., Dammpl.	0·08 1 h	v., k. Flg.

P.-Nr.	Name	Art der Krankheit	Operation	Menge des Tropakokains. Dauer der Anästhesie	Folgen und Nebenerscheinungen
132	K. Th.	Hernia umbil. Prolaps. vag.	Radikaloper. v., h., Kolp., Dammpl.	0·08 $1^1/_4$ h	v., k. Flg.
109	B. M.	Ca. ut. et vag.	Exkochleatio, Kauterisatio	0·06 30'	v., k. Flg.
137	Š. M.	Prolapsus ut. tot. Rupt. per. tot	v., h. Kolporrh., Analdammpl. nach Sänger	0·08 1 h	v., k. Flg.
154	M. M.	Kystoma ov. sin. degen. cyst. ov. d.	Ovariotomia bilat.	0·08 30'	vor Beginn d. Operat. 1mal Erbrechen, sonst v., k. Flg.
78	Č. M.	Fistula ves.-vag.	Anfrischung, Naht	0·08 1 h	v., k. Flg.
158	S. M.	Tbc. adn. et periton.	Laparotomia	0·08 30'	v., k. Flg.
167	K. M.	Ca. ov. utriusque Metast. in musc. rect. abd.	Ovariotomia, Excisio part. metast.	0·08 $1^1/_2$ h	v., k. Flg.
168	K. H.	Gravid. extrauterina	Radikaloper.	0·08 1 h Narkose	Versagt vollk.
225	J. Fr.	Prolapsus vag.	Kolporrh. a., p. Dammpl.	0·08 1 h	v., k. Flg.
234	M. Fr.	Hernia ventr. p. lap.	Radikalop.	0·08 30'	v., k. Flg.
252	Š. M.	Kyst. parov.	Ovariotomia	0·08 45'	v., Pulssteig.
255	K. Th.	Kyst. parov.	Ovariotomia	0·08 30'	v., k. Flg.
256	D. M.	Prolapsus ut. et vag.	Kolporrh. a., p. Dammpl.	0·08 1 h	v., k. Flg.
265	S. Fr.	Lazerationsektrop. Prolaps. ut. et vag.	Amputatio C. v., h., Kolp., Dammpl.	0·08 1 h	zum Schlusse wenig empfindl., k. Flg.
280	L. A.	Ruptura perin. totalis	L. Tait Sphinkternaht	0·08 45'	v., Pulssteig.
289	Gr. D.	Ca. prim. vag.	Excisio, Sutura	0·08 30'	v., k. Flg.
293	Č. J.	Prolapsus vag.	Kolporrh. a., p., Dammpl.	0·08 1 h	v., k. Flg.
294	H. J.	Ca. port. inop.	Exkochl., Kauter.	0·05 25'	v., k. Flg.
296	B. M.	Ca. port.	Totalis p. vag.	0·08 $1^1/_4$ h	v., k. Flg.
302	P. Th.	Ca. ut. inop.	Exkochl., Kauter.	0·05 25'	v., k. Flg.
312	T. A.	Fibroma ov.	Ovariotomia	0·08 30'	v., k. Flg.
315	P. U.	Ca. prim. clit.	Excisio	0·08 45'	v., k. Flg.
316	V. M.	Retrofl. uteri degen. ov. lat. utr.	Ovariotomia, Ventrofixatio	0·08 45'	v., Kollaps
323	L. E.	Ca. ut. inop.	Exkochl., Kauter.	0·05 25'	v., Kopfschmerz
325	T. M.	Ca. ut. inop.	Exkochl., Kauter.	0·05 25'	v., k. Flg.
326	J. M.	Kystoma dermoidale insuppur.	Eröffnung, Drainage	0·08 45'	v., k. Flg.
346	Z. M.	Corpus alienum (Probepunkt. Nadel) in Haematokele retrout.	Kolpokoeliotomia post Drainagé	0·08 30'	v., k. Flg.
349	K. M.	Ca. port. et fornic. post.	Totalis per vag.	0·08 1 h	zum Schlusse etwas empfindl., k. Flg.
353	G. M.	Myoma ut. submusc.	Morcellement	0·08 30'	v., k. Flg.
357	B. A.	Erosio port.	Exkochl., Kauter.	0·05 20'	v., k. Flg.
362	G. G.	Ca. ut. inop.	Exkochl., Kauter.	0·08 30'	v., k. Flg.
367	D. E.	Myoma ut. intraligament.	Amput. ut. supravag. retroperit., Stielversorg.	0·08 $1^1/_4$ h	Bauchdeckennaht empfindl., k. Flg.

P.-Nr.	Name	Art der Krankheit	Operation	Menge des Tropakokains. Dauer der Anästhesie	Folgen und Nebenerscheinungen
384	Č. P.	Kystoma ov.	Ovariotomia	0·08 45′	v., k. Flg.
401	L. Th.	Myoma intramurale cerv.	Exstirpatio ut. tot. p. lap.	0·08 3 h Narkose	45′ v., dann wegen langer Dauer N. k. Flg.
404	P. U.	Elong. colli Prolapsus uteri	Amputatio colli v., h. Kolporrh., Dammpl.	0·08 1¼ h	v., k. Flg.
410	K. U.	Prolapsus ut. Cysto-Rectokele	Kolporrh. a., p. Dammplastik	0·08 1 h	v., k. Flg.
411	L. M.	Ca. ut. inop.	Exkochl., Kauter.	0·05 20′	v., k. Flg.
414	M. Fr.	Kyst. ovarii	Ovariot.	0·08 45′ Narkose	versagt, k. Flg.
416	M. T.	Hypertrophia port., Prolaps. ut. et vag.	Amputatio v., h., Kolporrh., Dammpl.	0·08 1¼ h	v., k. Flg.
420	K. M.	Kystoma ov. Hydrosalp.	Ovariotomia, Exstirp. adnex.	0·08 1 h	v., k. Flg.
429	M. A.	Pyosalpinx lat. utr.	Radikale Adnexentfernung. Drainage	0·08 1 h	v., k. Flg.
446	G. U.	Tbc. perit. et adnex.	Laparot.	0·08 30′	v., k. Flg.
449	Z. Fr.	Endom. hyperplast.	Abrasio	0·05 20′	v., k. Flg.
502	L. Fr.	Erosio, Prolaps. vag. et uteri	Kolporrh. a., p., Dammplastik	0·08 25′	v., k. Flg.
498	P. Fr.	Hypertroph. port., Prolaps. vag.	Schröder-Emmet v., h., Kolp., Dammpl.	0·08 1¼ h	v., Schüttelfrost Pulssteigerung
466	S. A.	Salpingooph. d.	Exstirp. p. vag., Drainage	0·08 1 h	v., k. Flg.
507	B. H.	Ca. port. et forn. post. vag.	Exkochl., Kauterstatio	0·05 20′	v., k. Flg.
507	B. H.	Ca. port. et forn. post. vag.	Totalis p. vag.	0·08 1½ h	letzte Viertelstunde leicht empfindl. Pulssteigerung
520	K. H.	Hypertr. port. Prolaps. ut et vag.	Schröder-Emmet v., h., Kolp., Dammpl.	0·08 1¼ h	v., Pulssteigerung
537	G. M.	Myoma uteri	Exstirp. ut. tot. p. vag.	0·08 1½ h	v., k. Flg.
539	Pl. K.	Hypertr. port Prolaps. ut. et vag. tot.	Amputatio Kolporrh. a., p., Dammpl.	0·08 1¼ h	v., k. Flg.
495	M. A.	Salpingooph. lat. utr.	Exstirp. adnex. p. lap.	0·08 45′	v., Kollaps
550	W.	Atheroma vag. Rupt. perin.	Enucleatio ath. L. Tait	0·08 30′	v., k. Flg.
548	T. Fr.	Endometritis hyperpl. ex myomate	Abrasio	0·08 25′	v., k. Flg.
536	A. A.	Myoma uteri	Amput. ut. supravag. retrop., Stielv.	0·08 30′	v., k. Flg. (trotz Nephritis!!)
552	Z. J.	Graviditas extraut. (Hämatokele)	Kolpokoeliot. post.	0·08 45′	v., k. Flg.
512	O. M.	Lazerationsektropium	Schröder-Emmet	0·05 30′	v., k. Flg.
574	K. A.	Endometr. hyperpl.	Abrasio	0·05 15′	v., k. Flg.
566	I. J.	Pyosalp. et Absc. ovarii	Exstirpatio adnex p. lap.	0·08 45′	Hautnaht leicht empfindl., k. Folg.
575	Š. J.	Kyst. papillare lat. utr.	Ovariot. bilat	0·08 45′	v. (Brechreiz 1mal beim Lösen von Adh.), k. Flg.

P.-Nr.	Name	Art der Krankheit	Operation	Menge des Tropakokains. Dauer der Anästhesie	Folgen und Nebenerscheinungen
571	F. J.	Ca corp. ut. et ves.	Versuch einer Totalis	Skopomorphin 0·08 45′ (Nukleinsäure)	v., Schlaf. d. g. Tag k. Flg.
590	Z. M.	Hypertrophia p. descens. ut et vag.	Amput. colli. v., h. Kolporrh., Dammpl.	Skopomorphin 0·08 Tr. 1 h	v., k. Flg.
592	K. M.	Lazerationsektropium	Schröder-Emmet	0·05 30′	v., k. Flg.
597	V. M.	Ca. uteri	Totalis p. vag.	Skopomorphin, dann n. 30′ 0·08 Tr.	v., k. Flg.
608	M. U.	Ca. ov. et Ascites	Laparot. probatoria	0·06 30′	v., Pulssteigerung
616	J. A.	Kystoma lat. utr.	Ovariot. bilat.	Skopomorph. 30′ danach 0·08 Tr. 1 h	(Nukleinsäure zur. Erz. größ. Leuk.) v., k. Flg.
630	U. A.	Ca. uteri	Versuch einer Totalis	Skopomorph. 0·08 Tr. 1 h	Nukleinsäure v., k. Flg.
13 1907	M. M.	Retrofl. uteri Kyst. ov. d.	Ovariotomia, Ventrofixatio	Skopomorph., dann 0·08 Tr. 30′	v., k. Flg. (Pat. bekam Pneumonie)
14	J. Fr.	Hämatokele retrouterina cresc.	Kolpokoeliotomia	0·08 30′	v. (Pat. war stets sehr unruhig) k. Flg.
25	A. Kl.	Ca. ov. et degen. mal. ut.	Zunächst Kolpokoeliot. p. weg. stark. Blut. u. Ausreißens d. Instr. Fortsetz. p. lapar.	0·08 1¼ h 30′ Narkose	v., dann Nark., k. Flg.
24	Z. M.	Gravida, Kyst. ov. d.	Ovariotomia	0·08 30′	v., k. Flg.
40	M. M.	Ca. uteri	Totalis p. vag.	Skopomorph., dann ½ dan. 0·08 Tr. 1¼ h	Nukleinsäure v., k. Flg.
42	B. St.	Kyst. dermoid lat. utriusque	Ovariot. bilat.	0·08 30′	v., k. Flg.
49	T. M.	Kyst. accr. intest.	Ovariotomia	Morphin 0·01 0·08 1 h	v., k. Flg.
52	L. R.	Tbc. perit. et adnex	Lapar. prob.	0·08 25′	v., k. Flg.
57	K. L.	Erosio	Schröder-Emmet	0·05 30′	v., k. Flg.
66	Sp. T.	Stenosis ut. Elongatio	Discisio	0·05 30′	v., k. Flg.
69	G. M.	Hypertr. et Erosio p.	Amputatio colli	0·08 40′	v., k. Flg.
85	M. M.	Cysto-Rectokele	Kolporrh. a., p., Dammplastik	Skopomorph. 0·08 15′	v., k. Flg.

Gesamtübersicht über die unter Tropakokainanästhesie operativ behandelten Krankheiten:

Name der Krankheit	Zahl der Fälle
Ca. ovarii	4
Graviditas extraut. bzw. Hämatokele	3
Hernia umbilic. Prolapsus vag.	1
Kystoma ovarii (Dermoid, Fibrom, Parovariale. usw.)	16
Myomata uteri	5
Retroflexio uteri fixata	2
Retroflexio uteri et Kystoma ovarii	3
Tbc. adnexorum et peritonei	9
Tum. adnex (Salpingooopb.)	5
Ventralhernie n. Laparatomie	1
Corpus alien. in haematocele (Injektionsnadel)	1
Cysto-Rectocele, descensus vag. et uteri, Prolapsus vag. et uteri compl. ellong C. sive decubitus port., Ruptura perinei totalis et traumatica	44
Atheroma vag. Ruptura perinei	1
Erosio portionis	2
Endometritis hyperplastica	3
Hypertrophia et Erosio portionis	1
Lazerationsektropium	2
Myoma vag. et descensus	1
Rezidiv n. Myosarkom am Portiostumpf	1
Stenosis orif. ut. elongatio	1
Fistula vesicovag.	7
Ca. uteri oper. et inoper.	27
Ca. vulvae, vaginae et clitoridis	10
Zusammen	150

Übersicht über die ausgeführten Operationen.

Name der Operation	Zahl der Fälle
Exstirpation der Adnexe p. lapar.	5
Ovariotomien	17
Ovariotomie und Ventrofixation	3
Probelaparotomien usw.	10
Ovariotomie und supravag. Amput. des Uterus	1
Graviditas extraut. Radicalop.	1
Radikalop. einer Ventralhernie	1
Supravag. Amput. d. Ut. retroperit. Stielvers.	3
Radikalop. einer Umbilikalhernie, danach Kolporrh.	1
Ventrofixatio	2
Exstirpatio ut. tot. per vag. (1mal wegen Myom)	9
Exstirpatio adnex. p. vag.	1
Kolpokoeliotomia post.	3
Versuch einer Totalis	4
Amputatio colli, v., h., Kolporrh., Dammplastik	10
Enucl. ather. vag., L. Tait	1
Excisio myom. vag., Kolporrh. a., L. Tait	1
Amputatio colli, Kolporrh. a., L. Tait	1
Analplastik n. Simpson-Sänger	1
Kolporrh. a. p., Dammplastik	22
Kolporrh. a., L. Tait	1
Schröder-Emmet, Kolporrh. a., p., Dammplastik	5
Kolporrh. ant. et p., Analplastik nach Simpson-Sänger	1

———

L. Tait 3
Amputatio colli 1
Schröder-Emmet. 3
Discissio 1
Morcellement myom. submuc. 1
Abrasio mucosae 3
Anfrischung, Naht von vesicovag. Fisteln 7
Excisio Ca. vag., vulvae et clitoridis (radikal!) 7
Excochl.-Kauteris. Ca. ut. 15
Excochl.-Kauteris. Ca. vag., vulvae 3
Excochl.-Kauteris. Ca. Erosionis non susp. 1
Wegen Unmöglichkeit der Anästhesie jeglicher Art unterblieb die
Operation 1
Somit 150
(—1)

Gruppenübersicht der Operationen und ihr Verhältnis zur Gesamtzahl:
Ausgeführt wurden:

1. Köliotomien. . . . . 57 = 38%
   a) abdominelle . . . . 44 = 29·3%
   ohne Narkose . . . . 37 = 24·7%
   mit Narkose . . . . 7 = 4·6%
   b) vaginale . . . . 13 = 8·7%
   Totalis hiervon. . . . . . . 9 = 6%.
2. Plastische beziehungsweise Prolapsoperationen verschiedener Art . . . . 46 = 30·7%
   nur Tropakokain, Dauer bis $1^3/_4$ Stunden
3. Operation an vesico-vag. Fisteln . . . . . 7 = 4·7%
   Dauer bis $1^1/_2$ Stunden ohne Schmerz, nur Tropakokain.
4. Operationen an der Portio, Uterus, im Cavum (Abrasio usw.) . . . . 9 = 6%
5. Exzision von Ca. vulv. vag. . . . . 7 = 4·7%
6. Versuch einer Totalis . . . . 4 = 2·6%
7. Exkochleatio, Kauteris. aus verschiedenster Ursache . . . . 19 = 12·7%
   An Operationen somit . . . . 149 = 99·4%
   Hierzu ein nicht operativer Fall . . . . . . 1 = 0·6%
   Insgesamt . . . . . . 150 = 100%

Dem Grade nach war die Anästhesie:

1. Vollkommen, d. h. ohne Empfindungsäußerung über die Dauer der Operation hinaus. Hervorzuheben ist, daß in 9 Fällen die Dauer der Operation zwischen $1^1/_4$ und $1^3/_4$ Stunden schwankte (Kolporrhaphien und Laparotomien).

2. Unvollkommen, d. h. geringe Empfindlicheit zu Ende der Operation, jedoch Beendigung ohne Narkose *(a)* oder bald wiederkehrende Empfindlichkeit aus verschiedenen Ursachen. Beendigung der Operation mit Narkose *(b)*.

3. Versager, d. h. entweder trat trotz Mischung des Liquor cerebrospinalis mit Tropakokain keine Anästhesie ein *(a)* oder machten die anatomischen Veränderungen der Wirbelsäule das Eindringen der Injektionsnadel unmöglich *(b)*.

1. Vollkommen . . . . 127 Fälle = 84·7%
2. Unvollkommen . . . . 17 Fälle = 11·3%

a) 2mal zu wenig Tropakokain, 6mal geringe Empfindlichkeit zu Ende der Operation, 3mal Bauchdeckennaht empfindlich (lange Operationsdauer). 2mal Schmerz beim Zug am Uterus wegen Adhäsionen.

Somit 13 Fälle = 8·7%.

b) 1mal geringe Empfindlichkeit a priori. Narkose (Laparotomie). 1mal 30 Minuten Anästhesie vollkommen, dann bei Lösung peritonale Adhäsion, Narkose. 1mal 45 Minuten Anästhesie vollkommen, dann 1 Stunde Narkose, 1mal 1 Stunde 15 Minuten Anästhesie vollkommen, zum Schlusse der Laparotomie 1/4 Stunde Narkose.

Somit 4 Fälle = 2·6%.

3. Versager . . . . 6 Fälle = 4%

a) 2 Cysten, 1 extrauterine 3 Fälle = 2%.

b) 1mal Spondilolystesis, 1mal enorme Skoliose, 1mal enorme Adipositas, so daß selbst unsere außergewöhnlich langen Nadein zu kurz waren. 3 Fälle = 2%.

In den letzten 3 Fällen war wegen Vitium cordis, Nephritis auch eine Narkose unmöglich.

Der Tropakokainanästhesie wurden somit unterzogen 150 Fälle.

Mit Tropakokainanästhesie wurde die
Operation beendigt in . . . . 140 Fällen = 93·4%
Mit Tropakokain und Narkose in . . . 7 Fällen = 4·6%
Ohne Wirkung beider in . . . . . . 3 Fällen = 2%

Erwähnt sei, daß 9mal vor der Tropakokaininjektion noch eine halbe Spritze Skopolaminmorphinlösung injiziert wurde. Die Resultate waren befriedigend, da die Patientinnen die Vorbereitungen zur Operation ohne Ängstlichkeit mitmachten und auch nach dem Aufhören der Anästhesie im Bette völlige Ruhe bewahrten.

Folgen und Nebenerscheinungen.

Als Folgen findet man in den Protokollen aufgezeichnet: Steigerung der Pulsfrequenz der Temperatur, Kollapse, Bewegungs- und Sensibilitätsstörungen sowie mit der Operation nicht im Zusammenhang stehende Schmerzensäußerungen. Es fanden sich Folgen vor in 32 Fällen = 21·3%.

Pulssteig.	Temperatursteig.	Kollaps	Bew.- und Sensibilitätsst.	Schmerz	
14 Fälle	3 Fälle	6 Fälle	3 Fälle	6 Fälle	32 Fälle
9·3%	2%	4%	2%	4%	21·3%

Pulssteigerung war in 2 Fällen zweifelhaft, ob Tropakokainoder Pyelitis bzw. Ileus daran Schuld war.

Temperatursteigerung 2mal zweifelhaft: denn 1mal waren die Nähte belegt und das andere Mal handelte es sich um Tbc. pulm. Bewegungsstörung 1mal, doch nur 1 Stunde nach der Operation.

Sensibilitätsstörung 1mal sehr unangenehm, da sich die Frau infolge Anästhesie die Sohlenhaut an den Wärmeflaschen verbrannte!!

Von den Schmerzen, die auf Tropakokain zurückzuführen sind, wären zu erwähnen: 5mal Kopfschmerzen und einmal Ischias.

Ernste Folgen wie Lähmungen konnten niemals beobachtet werden. Doch lehrt die Verbrennung der Fußsohlen, daß man das Wartepersonale eindringlichst auf die Anästhesie aufmerksam machen muß.

Von den Nebenerscheinungen wären zu erwähnen: 1mal Schmerz ausstrahlend in den rechten Fuß beim Einstiche, jedenfalls durch Läsion der Nerven und Erbrechen nach der Injektion. Auch in diesen Fällen keine dauernden Folgen.

Aus der königl. Landeshebammenschule in Stuttgart.

Walchersche Bauchdeckennaht.

Von Dr. **Walter Pfeilsticker,** I. Assistenzarzt.

Der Aufsatz von G. Klein im Zentralblatt für Gynaekologie, 1907, Nr. 33, gibt mir Veranlassung, eine Nahtmethode zu empfehlen, welche in der Stuttgarter Landeshebammenschule seit 21. Juni 1904 in Anwendung ist und es wegen ihrer Einfachheit und Zweckmäßigkeit verdient, von den Operateuren erprobt zu werden.

Klein hat gewiß das berechtigte Bestreben, eine bessere aseptische Heilung der Laparotomiewunden zu erreichen und weist mit Recht darauf hin, daß das versenkte Nahtmaterial einen großen Teil der Schuld daran trägt, daß es zu „oft monatelangem Auseitern der versenkten Fäden“ kommt. Eine Verbesserung des Materials glaubt Klein im Silk zu erblicken. Aber was liegt näher als der Wunsch, überhaupt kein versenktes Nahtmaterial in der Wunde zurückzulassen? Ist gar keines mehr darin, so kann auch keines mehr herauseitern. Dies erreichen wir auf einfache Weise mit der Walcherschen Nahtmethode, die so beschaffen ist, daß wir alle Fäden, auch den Faszienfaden entfernen können.

Ehe ich die Art des Fadenlegens beschreibe, möchte ich noch kurz erwähnen, was für ein Nahtmaterial wir verwenden. Jeder Operateur weiß, daß selbst der beste Seidenfaden abreißt, besonders beim Ligieren von Stümpfen usw., wenn sehr stark zugeschnürt werden soll, was immer eine ärgerliche Sache ist. Seit Juli 1901 wenden wir keine Seide mehr an, sondern wir benützen den ganz gewöhnlichen Leinenzwirn, wie ihn die Sattler gebrauchen, der sehr widerstandsfähig ist und in jedem kleinsten Spezereiladen gekauft werden kann, und zwar um weit billigeres Geld als die Seide. Um ihn aseptisch und zur Naht geeignet zu machen, wird er in folgender Weise sterilisiert. Der Zwirnfaden wird von der Fadenrolle, auf welcher er im Handel ist, auf Stränge abgewickelt und 40 Minuten lang in Paraffin vom Schmelzpunkt 50° C gekocht. Um ein Überhitzen zu vermeiden, wodurch der Zwirn brüchig würde, wird das Paraffin in ein Schoppenglas gebracht und in demselben im Wasserbad erwärmt, bis das Wasser kocht. Dabei erreicht das Paraffin etwa eine Temperatur von 97°, was mit dem Thermometer kontrolliert wird und welche nicht überschritten werden sollte. Hat der Zwirn 40 Minuten lang im 97° heißen Paraffin gelegen, so wird er mit steriler Pinzette herausgenommen und in 1‰igen Sublimatalkohol eingelegt, wo er bis zu seinem Verbrauch verbleibt. Wir haben damit ein höchst dauerhaftes, aseptisches und billiges Nahtmaterial, das einfach zu beschaffen und zu sterilisieren ist, so einfach, daß es jeder Landarzt in jedem Bauernhaus mit einer gewöhnlichen Kerze nachmachen kann. Ein solcher Zwirn reißt so gut wie nie ab und Stichkanaleiterungen sind höchst selten.

Seit wir Jodcatgut verwenden, der ja bekanntlich ebenfalls sehr starkem Zuge widersteht, haben wir zurzeit den Paraffinzwirn zum Abbinden von Stümpfen usw. durch Jodcatgut ersetzt; wir verwenden ihn aber nach wie vor einmal zu den Dammnähten und überhaupt zu allen Nähten, wo die Fäden wieder entfernt werden sollen, also z. B. Prolapsoperationen oder vaginalen Totalexstirpationen u. dgl. und ferner zur Bauchdeckennaht, deren Technik ich nunmehr beschreiben werde, und zwar speziell die Nahtmethode beim Längsschnitt.

Um eine möglichst breite Berührungsfläche der Wunde zu bekommen, werden die Rekti durch Eröffnen der Rektusscheide in der Linea alba mit der Schere freipräpariert und die umgreifenden Zwirnnähte nach der von Walcher im Zentralblatt für

Gynaekologie, 1896, Nr. 10, angegebenen Art gelegt, d. h. es wird mit dem Faden ein Kreis um die Wundfläche beschrieben, dessen Durchmesser gleich ist der Höhe der zu vereinigenden Wunde. Man führe jedoch den Faden nicht auf einmal durch alle Schichten hindurch, sondern man steche über dem praeperitonealen Fett heraus und fasse, dasselbe überspringend, das Peritoneum von neuem mit der Nadel möglichst in der Nähe des Randes; ebenso auf der anderen Seite zuerst das Peritoneum für sich, dann über das praeperitoneale Fett hinweg durch alle weiteren Schichten hindurch. Wird nun der Faden angezogen und geschlossen, so erreichen wir damit, daß das praeperitoneale Fett aus dem Bereich des Peritonealrandes hinausgedrängt wird, womit vermieden wird, daß sich Fettträubchen zwischen die Peritonealränder hineinschieben, was den Anlaß zur Hernienbildung abgeben könnte; außerdem ist das Peritoneum für sich gefaßt und kommt beim Schließen des Fadens tadellos aneinanderzuliegen. Solche durchgreifende Zwirnfäden werden im Abstand von etwa 2—3 *cm* gelegt. Sind alle gelegt, so faßt sie ein Assistent beiderseits zusammen und zieht sie straff an; der Operateur adaptiert mit Pinzette das Peritoneum nochmals genau, worauf die Fasziennaht folgt, während die Fäden vom Assistenten stets straff gehalten werden. Walcher legt nun den fortlaufenden Faszienzwirn so, daß er wieder entfernt werden kann, was er auf folgende einfache Weise erreicht.

Wir nehmen an, der Operateur steht an der rechten Seite des Patienten und näht von oben nach unten. Dann wird der fortlaufende Faszienfaden derart angelegt, daß am oberen Wundwinkel durch die Haut links ein- und rechts ausgestochen und der Faden durch einen Knoten hier befestigt wird. Nun sticht man neben dem ersten Einstich wieder durch die Haut ein und führt jetzt die Nadel bis zur Faszie und sticht zur Faszie heraus, auf der anderen Seite durch die Faszie durch. Man ist somit auf der Faszie angelangt und näht sie wie üblich mit fortlaufender Naht aneinander, wobei ein zweiter Assistent mit einem Péan den Faden stets gespannt hält. Zur Not kann das jedoch der Operateur auch selbst besorgen, wobei er dann auf die Pinzette verzichten muß. Am unteren Faszienwundwinkel angelangt, geht der letzte Stich, der die Faszienränder faßte, nicht mehr aus der Faszie allein heraus, sondern gleich durch Faszie, Fett und Haut auf der rechten Seite hindurch. Nun ist der Faszienfaden wieder auf der Bauchhaut angelangt. Er umgreift zum Schluß den unteren Hautwundwinkel und wird hier geknotet. Ist der Faszienfaden gelegt, so werden die durchgreifenden Fäden nacheinander geknüpft und die Zwischenräume mit oberflächlichen Hautnähten geschlossen. Alle Fäden werden am 9. Tage entfernt. Beide Enden des fortlaufenden Faszienfadens liegen nunmehr auf der Haut und können auf der linken Seite angeschnitten und dadurch der ganze Faszienfaden leicht wieder entfernt werden; ob er nach oben oder nach unten herausgezogen wird, ist gleichgültig. Geht es einmal etwas schwer mit der Pinzette, so faßt man ihn mit dem Péan, womit man herzhaft ziehen kann. Wir haben somit die zeitraubenden und, wie mir scheint, auch überflüssigen drei und mehr Schichtennähte vermieden und sind nicht mehr genötigt, Nahtmaterial in der Wunde zurückzulassen, das den Heilungsverlauf stören könnte. Kein einziger Faden bleibt zurück. Nach Entfernung der Fäden wird die Wunde mit einem Wattestreifen bedeckt und zur Sicherheit mit einem Heftpflasterstreifen, der über sie hinwegzieht, zusammengehalten.

Diese Methode läßt sich allerdings nur auf die Längsschnitte anwenden; beim suprasymphysären Querschnitt lassen sich versenkte Nähte nicht ganz vermeiden; jedoch beim Pfannenstielschen Querschnitt kann die Faszie auf gleiche Weise mit dem fortlaufenden und später wieder zu entfernenden Faszienzwirn genäht werden.

Bericht über zwei Fälle von Pseudo-Hermaphroditismus (weiblicher Typus).

Von Dr. **Abram Brothers**, Adjunct Professor of Gynecology, Post Graduate Medical School, New York.

(Mit 5 Figuren.)

Seitdem ich mich mit dem Studium der Medizin befasse, d. h. im Laufe eines Vierteljahrhunderts, begegneten mir 4 Fälle von Hermaphroditismus, welche im allgemeinen als weiblich betrachtet wurden, obwohl in zwei derselben die charakteristischen Zeichen des männlichen Geschlechtes vorwiegend waren. Ich werde von diesen Fällen hier nicht weiter sprechen, da ich die nötigen Aufzeichnungen nicht mehr besitze und da ich keine photographischen Bilder aufnehmen ließ. Aber in den letzten 2 Jahren sah ich zwei andere Fälle, von denen ich einen gründlich studieren konnte und von welchen beiden Fällen ich Zeichnungen und photographische Bilder anfertigen ließ: darum werde ich hier nur diese 2 Fälle beschreiben.

Erster Fall: Vor einigen Jahren wurde durch die Freundlichkeit Dr. M. Cisins an meine Klinik „N. Y., Post Graduate School and Hospital", ein 14jähriges Mädchen geschickt. Es war ein Schulmädchen, dessen obere Lippe mit weichem Haar bewachsen war, und zwar in solcher Menge, daß dies von einiger Ferne sichtbar war, so daß sich ihre Mitschülerinnen über sie lustig machten (Fig. 1). Ihre Stimme war rauh und in ihrem Benehmen fehlte vollständig die für Mädchen charakteristische Bescheidenheit.

In einer ganz selbstverständlichen Weise gestand sie, daß sie die Gewohnheit hatte zu masturbieren. Ihre Mutter, eine unwissende Frau, wußte hiervon, aber sie schien das für unwichtig zu halten. Das Mädchen teilte uns mit, daß sie die Masturbation mit dem großen hervorragenden Organ ausführte, welches sich an Stelle der Klitoris befand, und daß sie nie den Finger in die vaginale Öffnung einführte. Sie hatte noch nicht menstruiert.

Mit Ausnahme des Schnurrbartes an der oberen Lippe war die allgemeine Erscheinung die eines in der Zeit der Geschlechtsreife sich befindenden Mädchens: dasselbe galt von den Brustdrüsen und von den runden Linien des Körperumrisses. Eine Untersuchung der Genitalien, welcher sich das Mädchen leicht und schamlos unterwarf, zeigte einen nicht perforierten Pseudopenis mit einem einen Zoll langen Präputium, welches so dick wie der Finger eines Erwachsenen war. Eine zaumartige Verbindung, welche sich an der unteren Fläche des Präputium befand, hielt es fast gänzlich in enger Berührung mit den rückwärtigen Teilen. Außerdem zeigte sich das gewöhnliche Bild der äußeren weiblichen Genitalien. Die Labia majora und das Hymen waren gut entwickelt. Wie man im Bilde (Fig. 2) sehen kann, nahm das pseudomännliche Organ mehr als die Hälfte der Vulva ein. Versuche, durch eine rektoabdominale Untersuchung den Zustand der inneren Genitalorgane zu erkennen, ergaben bei der nicht anästhesierten Patientin keine zufriedenstellenden Resultate. Die Mutter wünschte eine Amputation des Pseudopenis (oder der hypertrophischen Klitoris?), welche am Ende der Schulzeit gemacht werden sollte, kam aber doch nicht zur festgesetzten Zeit. So bekam ich den Fall nicht mehr zu Gesicht.

Der Fall entspricht dem weiblichen Typus von Hermaphroditismus, nur durch wenige Zeichen an den männlichen Typus erinnernd.

Der zweite Fall ist viel interessanter und ganz typisch für die gemischten charakteristischen Zeichen des weiblichen Pseudohermaphroditen.

Zweiter Fall: Die folgende Anamnese und die Zeichnung verdanke ich Doktor Harry Isaacs, während ich die photographischen Bilder Dr. J. Seth Hirsch zu verdanken habe.

Am 20. November 1906 wurde Frau K. R. in meine Abteilung aufgenommen. Patientin ist 23 Jahre alt, verheiratet, in Rußland geboren, Bedienerin. Ihre Eltern leben und sind gesund. Patientin ist die jüngste unter 7 Kindern, von denen sechs leben und eines im Alter von 6 Jahren infolge einer Endokarditis starb. Keine Familienkrankheit oder Anomalie in der Familienanamnese. Patientin war immer kräftig und an schwere Arbeit gewöhnt; sie hatte stets, was die Hygiene anbelangt, in schlechten Verhältnissen gelebt. Appetit gut. Gebraucht keine Alkoholika, Tee und Kaffee in mäßiger Menge. Stuhl- und Urinentleerung normal. Menstruiert mit 14 Jahren. Menses ziemlich unregelmäßig, in Zwischenräumen von 3 oder 4 Wochen; Dauer 4—5 Tage, gewöhnlich nicht reichlich, mit vorangehenden und begleitenden Krämpfen im Hypogastrium, die nach den ersten 2 Tagen nicht mehr bestehen.

Fig. 1.



Erster Fall. 14jähriges Mädchen. Haare auf der Oberlippe. Weibliche Körperformen.

Fig. 2.



Erster Fall. Immense Hypertrophie der Klitoris (Pseudo-Penis) bei einem 14jährigen Mädchen.

In den letzten 3 Monaten, während der menstrualfreien Zeit, klagte sie über einen leichten weißen Ausfluß. Ihr Gemahl soll gesund sein; er habe wegen der Anomalie der Patientin und der Unmöglichkeit eines sexuellen Zusammenlebens seine Frau verlassen.

Patientin ist eine dumme, unwissende Frau von indolentem, apathischem Temperament. Die Körperformen sind rauh und deutlich männlich. Der Kopf ist mit dichtem, sandfarbigem, trockenem Haare bedeckt. An den Gesichtsseiten und am Kinn sind einzelstehende, kurze, dicke Haare vorhanden. Ihre Stimme ist rauh und der allgemeine Umriß des Körpers und des Beckens nähern sich dem männlichen Typus. Die Brüste sind unentwickelt, obwohl die rechte Mamma etwas voller zu sein scheint als die der linken Seite. Die Brustwarzen sind niedrig und klein (Fig. 3).

Die lokale Untersuchung zeigt ein hohes Perineum und eine kleine vulvare Öffnung, welche kaum den Finger aufnehmen kann und welche sich in einer Entfernung von zwei

Zoll vom Anus befindet. Hymen und die kleinen Labien fehlen oder sind unentwickelt, während die großen Labien ziemlich groß sind. Testikel sind in den letzteren nicht zu finden, ebensowenig in der Inguinalgegend. An Stelle der Klitoris ein einem Penis in Form und Größe sehr ähnliches Gebilde zu sehen. Dieses Organ, welches im Ruhezustande $1^5/_8$ Zoll lang und fast $^3/_4$ Zoll dick ist, soll während der sexuellen Aufregung ein Zoll oder mehr in der Länge gewinnen. Ein langes, loses Präputium umgibt fast vollständig die Glans und kann so zurückgestülpt werden, daß man eine vollkommene Korona zu Gesicht bekommt. Ein Grübchen erinnert an den urethralen Meatus, in Wirklichkeit aber ist das Organ nicht perforiert. Das Organ wird mit den tiefer gelegenen Gebilden durch ein doppeltes Frenulum vereinigt, welches letztere sich in den oberen Falten der kleinen Labien verliert. Diese aber sind, angefangen von der Vereinigungsstelle, unentwickelt; wenn man denselben nach unten folgt, sieht man sie in eine

Fig. 3.



Zweiter Fall. (Post operationem.) Weiblicher Pseudo-Hermaphrodit; männliche Körperformen, kleine Mammae, reichlich Haar am Bauch und an den unteren Extremitäten.

Fig. 4.



Zweiter Fall. U = Urethralmündung. Enges Vaginalostium ohne Hymen.

median gelegene Raphe zusammenlaufen und sich in dem weiten urethralen Orificium verlieren. Diese Öffnung nimmt den größten Teil des Vestibulum ein (Fig. 4).

Dichtes Haar bedeckt die Schamgegend, zieht sich von hier bis zum Nabel hinauf und nach unten auf die Ober- und Unterschenkel; auch dieser Umstand ließ die Schamteile durchaus männlich erscheinen. Obwohl das Becken nicht genau abgemessen worden ist, zeigt schon die grobe Abschätzung — wie man es auch an den photographischen Bildern sehen kann — den männlichen Typus.

Auf meine Einladung hin machte mein Freund Prof. H. T. Boldt eine bimanuelle Untersuchung. Keiner von uns beiden konnte die eitrigen Tuben und die ausgedehnte Pelveoperitonitis entdecken, die in dem Falle vorhanden waren. Wir fanden eine kleine Vulvaröffnung, einen tiefen, engen Vaginalkanal (beiläufig 4 Zoll tief), welcher zu einer am Fornix vaginae sich befindenden kleinen Zervix und zu einem kleinen unent-

wickelten Uterus führte. Die Öffnung der Vulva, wo keine Spuren eines Hymen zu sehen waren, war 1—1½ Zoll rückwärts vom Pseudopenis gelegen. Die physikalische Untersuchung des Abdomen und des Thorax ergab nichts abnormes.

Fig. 5.

Zweiter Fall. Befund bei der Laparotomie. *U* = Uterus. *Bl* = Blase. *Ta.* = Tubenadhäsion. *DT.* = Douglassche Tasche. *Z.* = Zysten zwischen Tube u. Darm. *R. M.* = Runde des Mutterband.

Am 23. November 1906 wurde Patientin operiert. Es wurde in die Peritonealhöhle durch eine transversale Inzision des Abdomens eingedrungen (Pfannenstiel). Ein mit der entzündeten Geschwulst der linken Adnexe adhärierendes Dünndarmstück wurde sorgfältig befreit. Der kleine Uterus, der gleichfalls durch frische peritonitische Adhäsionen mit der Harnblase verklebt war, wurde ebenfalls gelöst. Die linke Tuba, von Eiter ausgedehnt und eine diffuse Kongestion zeigend, war in Hufeisenform um das linke Ovarium herum gebogen, welches letztere dadurch unsichtbar war. Diese Adhäsionen wurden sorgfältig gelöst. Die Skizze, welche von Doktor **Isaacs** während der Operation gemacht wurde, gibt eine Vorstellung von dem sich darbietenden Bilde, nachdem die meisten Adhäsionen zerrissen worden waren (Fig. 5). Von der Mitte der Tube wurde eine feste Adhäsion nach außen und vorne längs des Ligamentum latum bis zur Abbiegung des Peritoneum parietale verfolgt. Zwischen der oberen Fläche der Tube und einem Dünndarmstücke befanden sich einige kleine intraperitoneale Septa, von der frischen Entzündung herrührend. Die Hufeisenform der Tube war durch feste Adhäsionen mit dem Ovarium und mit der rückwärtigen Fläche des Ligamentum latum fixiert. Das linke Ovarium zeigte sich nach seiner Befreiung vergrößert und mit vielen Zysten versehen, ein Resultat der entzündlichen Veränderungen. Die rechte Tube war hyperämisch, aber kleiner als die linke. Sie war nach rückwärts im Kreise um das kleine zystische Ovarium gebogen. Diese Tube war ebenfalls durch Adhäsionen nach unten ans Ovarium und an das breite Mutterband der gleichen Seite fixiert. Testikel wurden nicht gefunden.

Die linke Tube und das Ovarium wurden in gewöhnlicher Weise entfernt. Die rechte Tube wurde von ihren Adhäsionen abpräpariert und mit dem zystischen Teile des entsprechenden Ovariums amputiert. Beide Stümpfe wurden den Uterushörnern genähert und so zugenäht, daß eine Lageveränderung oder Retroflexio uteri unmöglich war; dann wurde die Abdominalwunde geschlossen. Beide Tuben enthielten Eiter, welcher, wie durch eine spätere Laboratoriumsuntersuchung festgestellt wurde, keine Gonokokken zeigte.

Nachher wurde Patientin in die für vaginale Operationen gebräuchliche Stellung gelagert und der Pseudopenis amputiert. Eine hierbei stattfindende bedeutende Blutung wurde leicht durch Ligaturen und Suturen gestillt. Das vaginale Orificium wurde dann durch zwei laterale perineale Einschnitte erweitert; die Schleimhaut der Scheide wurde mit der äußeren Haut vernäht. Eine zurückgebliebene Ausstülpung wurde später unter Kokainanästhesie exzidiert.

Die Heilung wurde durch eine interkurrente linksseitige Pneumonie mit im Sputum vorhandenen Pneumokokken gestört. Da Patientin schon früher zwei linksseitige Lungenentzündungen durchgemacht hatte, so ist es möglich, daß sie eine von der Operation unabhängige Prädisposition zu der eben genannten Krankheit hatte. Jedenfalls gab ihr Zustand nie Gelegenheit zu ernster Besorgnis und am Ende der zweiten Woche war die Pneumonie überwunden. Am 17. Dezember konnte sich Patientin in ihrem Bette aufsetzen und am Ende der dritten Woche war sie vollständig hergestellt.

Während die im ersten Falle vorhandene Anomalie anscheinend einfach ist und nach meiner Meinung einer außerordentlichen Entwicklung des vom äußeren Segmente des Embryo entstandenen Genitalhöckers zuzuschreiben ist, sind die Bedingungen des zweiten Falles viel komplizierter. Abgesehen von der männlichen Erscheinung des Körpers, des Beckens und der Extremitäten, abgesehen vom abnormen Haarwuchs an den oben genannten Stellen, finden wir in der Genitalgegend folgende Abnormitäten: hohes Perineum, Pseudopenis, außerordentliche Entwicklung der großen Labien, unentwickelte kleine Labien, weiten Meatus urethrae, kleine vulväre Öffnung, Fehlen des Hymen, tiefe Vagina und unentwickelten Uterus samt Zervix. Die Beckenperitonitis und die erkrankten Tuben und Ovarien waren natürlicherweise Resultate einer Infektion, wahrscheinlich einer gonorrhoischen und kommen da nicht in Betracht.

In diesem zweiten Falle müssen wir außer den Entwicklungsfehlern, die dem äußeren Segmente des Embryo (Sinus urogenitalis, Genitalhöcker, Genitalfurche und Genitalfalte) zuzuschreiben sind, das mittlere Segment und die Müllerschen Gänge für die Abnormitäten der Zervix und des Uterus verantwortlich erachten.

Da die Ovarien, wie die Embryologen behaupten, vom tiefen Segmente ihren Ursprung haben, waren sie anscheinend nicht involviert. Was die Erkrankung derselben anbelangt, so war sie leicht auf einer ganz verschiedenen und erworbenen Grundlage erklärbar und eine kongenitale Ätiologie konnte sehr gut ausgeschlossen werden.

Aus der Frauenabteilung der Wiener allgemeinen Poliklinik (Prof. Lott).

Über deziduale Umwandlung des zervikalen Bindegewebes.

Von Dr. **Josef Bondi**, Assistenten der Abteilung.

Franqué hat als erster zwei Fälle beschrieben, in denen er in einwandfreier Weise das Auftreten von Deziduazellen in der Cervix uteri bei uteriner Gravidität feststellen konnte. In beiden Fällen fand er die Deziduazellen auf der Höhe der Falten des Arbor vitae, im ersten Falle bis 1 *cm*, im zweiten bis 3 *cm* oberhalb des Beginnes des Plattenepithels. Es hatte sich das erstemal um tiefen Sitz der Plazenta, das zweitemal um Placenta praevia gehandelt.

Drei Jahre nach der Franquéschen Publikation demonstrierte Waldstein in der Wiener gynaekologischen Gesellschaft Deziduazellen in einer ausheilenden Erosion, die er einer Gebärenden mit Placenta praevia an der Schautaschen Klinik exzidiert hatte. Zwei ganz analoge Mitteilungen machte dann Volk (ebenfalls Schauta). Volk macht darauf aufmerksam, daß die bis dahin publizierten 5 Fälle bei tiefem Sitz resp. bei Placenta praevia gefunden wurden.

Zwei weitere einschlägige Befunde veröffentlichte Blumberg aus der Klinik Landau. In dem einen Falle handelt es sich um deziduale Umwandlung von Zervixpolypen bei Placenta praevia; im zweiten um Deziduazellen in einer ausheilenden Erosion bei einem 2monatlichen Abortus. Wir finden also, daß in den ersten zehn Jahren seit Franqués Mitteilung im ganzen 7 Fälle von Deziduabildung in der Zervix bekannt wurden. Dreimal wurde deren Bildung in der Zervix, viermal in der Portio bei ausheilender Erosion beobachtet. Mit Ausnahme des Falles von Abortus handelt es sich um tiefen Sitz der Plazenta. Es konnte daher anscheinend mit Recht Blumberg am Schluß seiner Arbeit aussprechen, daß der Nachweis von Deziduazellen in einem exzidierten Stück einer Erosion auf tiefen Sitz der Plazenta resp. Placenta praevia schließen lasse.

Gerade der letzte Satz bestimmt mich, im Folgenden einen einschlägigen Fall zu beschreiben, der sich in manchem Punkt von den oben beschriebenen unterscheidet.

Am 26. Jänner d. J. erschien eine 37jährige Frau in meiner Ordination mit Klagen allgemeinen Charakters. Die Periode war zum letzten Male am 25. Dezember aufgetreten. Die Menses waren immer unregelmäßig, oft auch 2—3 Monate aussetzend. Die Frau war nie gravid gewesen. Ich fand die Portio etwas aufgelockert, aus ihr herausragend einen papillären Zervixpolypen. Der Uterus war retrovertiert, von normaler Größe, beweglich. Die Adnexe waren nicht zu tasten.

Ich trug den Zervixpolypen sofort ab und führte ihn der histologischen Untersuchung zu. Die Diagnose lautete: Beginnendes Plattenepithelkarzinom (Prof. Albrecht). Es wurde darauf die vaginale Totalexstirpation angeraten, welche am 5. Februar vorgenommen wurde. Patientin verließ nach 15 Tagen vollkommen gesund die Anstalt.

Das exstirpierte Präparat zeigte einen deutlich vergrößerten, sehr weichen Uterus, in dem wir sogleich eine junge Gravidität vermuteten. Die Portio war zapfenförmig, ziemlich klein. Die Oberfläche war im allgemeinen glatt; nur eine ganz kleine Stelle an der rechten Umrandung des äußeren Muttermundes war etwas gerötet und rissig (Folge der Polypenextraktion?), sonst keine Erosion.

Es wurde nun der Uterus durch einen sagittalen Schnitt durch die vordere Wand eröffnet. Man sah in der Zervix zwei papilläre Polypen, welche aber nicht zum äußeren Muttermund reichten. Im Fundus uteri, etwas nach hinten fand sich ein junges

Ei, das bis $1^1/_2$ *cm* im Durchmesser hielt. Der untere Teil der Uterushöhle war frei; die Schleimhaut daselbst in entsprechender Weise dezidual verändert.

Zum Zweck der genauen histologischen Untersuchung (die histologischen Untersuchungen wurde im path.-histol. Institut der allgemeinen Poliklinik vorgenommen) wurden nun die vorgefundenen Polypen sowie verschiedene Stellen der Zervix und der Portio der histologischen Untersuchung unterzogen. Die Polypen erwiesen sich als gewöhnliche Zervixpolypen; an einer Stelle der Zervix, ungefähr $1^1/_2$ *cm* unter dem inneren Muttermund fand sich an Stelle des Zylinderepithels ein niederes geschichtetes Plattenepithel, das auch einen Zapfen in die Tiefe sandte. Atypische Zellformen fanden sich dort nicht; außer dieser Stelle nichts für Karzinom Verdächtiges. Um so interessanter war der Befund an einigen Stellen der Portio. An einer Stelle, die der rechten äußeren Umrandung des äußeren Muttermundes entspricht, etwas unterhalb der oben erwähnten, anscheinend traumatisch veränderten Stellen ergab sich folgender Befund: Nach außer das geschichtete Plattenepithel der Portio; dasselbe am äußeren Muttermund scharf übergehend in ein einfaches Zylinderepithel, von dem aus sich zahlreiche, mehr oder weniger verzweigte Drüsenschläuche in die Tiefe, zum Teil unter das oben beschriebene Plattenepithel versenken. Unter dem Epithel findet man nach außen allenthalben straffes, ziemlich gefäßarmes Bindegewebe mit geringer Ausbildung der glatten Muskulatur. In der Nähe des Muttermundes sieht man fast das ganze Gesichtsfeld ausfüllend große polyedrische, blaß gefärbte Zellen mit bläschenförmigem Kern, die epithelartig ohne sichtbares Zwischengewebe aneinander gelagert sind. Die Zellen liegen dicht unter dem Plattenepithel, sind größtenteils um eine größere Kapillare gruppiert und gehen nach der Tiefe zu ohne scharfe Grenze in das hier etwas gequollene Bindegewebe über. Unter dem Zylinderepithel der Zervix sonst allenthalben normales Bindegewebe.

Die beschriebenen Zellen mußten als Deziduazellen gedeutet werden, da sie in jeder Weise deren sämtliche Charakteristika aufwiesen.

Es war nun die Frage, ob hier das Auftreten der Deziduazellen ein singuläres sei, oder ob dieselben an verschiedenen Stellen der Zervix und der Portio vorgefunden würden. Es wurden deshalb zahlreiche Schnitte in allen Gebieten der Zervix angelegt. Es konnte tatsächlich im ganzen Verlauf des Zervikalkanals nirgends eine deziduale Umwandlung des Bindegewebes konstatiert werden. Dagegen wurde an verschiedenen Stellen der Portio, und zwar in der Umgebung des äußeren Muttermundes größere oder kleinere Gruppen von Deziduazellen angetroffen. Es sei hervorgehoben, daß sich in der Umgebung der Deziduazellen nirgends entzündliche Veränderungen vorfanden.

Wir sehen also in unserem Falle an verschiedenen Stellen der Portio eine deziduale Umwandlung des Bindegewebes. Was unseren Fall besonders bemerkenswert macht, ist der Umstand, daß man in der Lage war, die ganze Zervix stufenweise zu durchsuchen. Wir konnten konstatieren, daß sich die Deziduazellen nur unter dem Plattenepithel der Portio fanden, daß die übrige Zervix davon frei war. Betonen möchte ich auch, daß sich hier keine Erosion fand. Die bisherigen Befunde an der Portio sprechen von ausheilenden Erosionen; davon sowie von entzündlichen Veränderungen überhaupt war hier nicht die Rede. Von einer gewissen Bedeutung ist ferner die Tatsache, daß es sich um einen ausgesprochenen fundalen Sitz des Eies handelte. Gegenüber dem großen Gewichte, das insbesondere Volk und Blumberg dem Befunde bei Placenta praevia beimessen — Blumberg schlägt sogar für gewisse Fälle Probeexzisionen vor — muß dies besonders konstatiert werden. Ich möchte bei der geringen Zahl von Beobachtungen, die bisher vorliegen, überhaupt zweifeln, ob der Befund von

Deziduazellen in der Zervix gerade bei Placenta praevia besonders häufig ist. Um dies festzustellen, müßte zunächst eine viel gößere Reihe von Untersuchungen vorliegen. Lehrreich in dieser Beziehung ist auch die Mitteilung von Taussig, der Deziduazellen in der Zervikalschleimhaut in einem Fall von Extrauteringravidität nachwies. Es zeigt dies, daß es sich hier um eine ähnliche Fernwirkung des Eies oder seiner Teile handelt, wie wir sie zur Erklärung der Befunde von Deziduazellen in den Tuben, Ovarien und im Peritoneum annehmen.

Literatur: 1. Franqué, Zervix und unteres Uterinsegment. Stuttgart 1897, zit. nach Blumberg. — 2. Waldstein, Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1900, pag. 676. — 3. Volk, Arch. f. Gyn., Bd. 70. — 4. Blumberg, Arch. f. Gyn., Bd. 75. — 5. Taussig, Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1906, pag. 1173.

Hebammenwesen und Sozialhygiene.

Aus der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Marburg a. d. L.
(Direktor: Professor Dr. Stoeckel.)

Die Herkunft und Lage unseres Hebammenstandes.

Von Priv.-Doz. Dr. **A. Rieländer,** I. Assistenzarzt und Hebammenlehrer an der Universitäts-Frauenklinik zu Marburg a. d. L.

Bei der in Aussicht genommenen Gesetzesvorlage, betreffend eine Neuordnung des deutschen Hebammenwesens, ist es von großem Werte, daß die Allgemeinheit Kenntnis von der Herkunft, der Ausbildung unseres Hebammenstandes und ihrer weiteren Schicksale draußen in der Praxis erhält, denn es handelt sich hier um einen Stand, dem die Gesundheit vieler Frauen und damit der Bestand vieler Familien in die Hand gegeben ist, welcher fernab vom Getriebe der Welt still und unverdrossen seine mühevolle Arbeit verrichtet, selbst aber nur wenig Gelegenheit hat, wie andere Berufe für die Besserung der Lage ihres Standes in fruchtbarer Weise zu sorgen. Es ist deshalb die Sache des Hebammenlehrers und der beamteten Ärzte, für diesen bisher noch recht stiefmütterlich behandelten Stand mit Wort und Tat einzutreten.

In einer letzthin in dieser Zeitschrift erschienenen Arbeit schildert Walther[1]) auf Grund mehrjähriger Aufzeichnungen die traurige Lage der Hebammen in dem Großherzogtum Hessen. Es war diese Arbeit für mich eine Anregung, in dem Kreise meiner jetzigen Tätigkeit diese Verhältnisse, soweit möglich, nachzuprüfen; außerdem habe ich diese Ermittlungen noch ausgedehnt auf die Herkunft der Hebammen, ihre Vorkenntnisse und die in der Lehranstalt bei Ablegung der Prüfung erzielten Resultate. Es ist hierbei eine Spanne von fast 25 Jahren berücksichtigt, die Lehrkurse von 1883—1907 (I. Kursus); da in der Marburger Lehranstalt jährlich 2 Kurse von je meist 50 Schülerinnen abgehalten werden, so betreffen die Aufstellungen über die Schülerinnen gegen 2300 Frauen und Mädchen, welche in dieser Zeit in Marburg unterrichtet worden sind. Außerdem umfaßt diese Zeit alle die Kurse, welche von Herrn Geh.-R. Ahlfeld,

---

[1]) H. Walther, Ein Beitrag zur sozialen Lage der Hebammen. Gynaekol. Rundschau, I. Jahrg., Nr. 19. pag. 761.

dem seitherigen Direktor der Anstalt, einem unserer erfahrensten Hebammenlehrer, ausgebildet worden sind. Bei der Aufstellung der Statistik ist, um die Veränderungen, die in den letzten Jahren erfolgten, erkenntlich zu machen, eine Scheidung in zwei Abschnitte, 1893—1899 I. und 1899 II. — 1907 I. Kursus eingehalten worden.

Werfen wir nun zunächst einen Blick auf die Herkunft unseres Hebammenmateriales, so ist in der Hauptsache die Provinz Hessen-Nassau an der Rekrutierung der Schülerinnen beteiligt, doch kommen außerdem das Rheinland und Westfalen in erheblichem Umfange in Betracht. Dieser Umstand findet seine Begründung darin, daß früher für diese Provinzen nur zwei Hebammenlehranstalten bestanden, Köln und Paderborn, und diese konnten Schülerinnen nur in beschränkter Zahl aufnehmen. Eine statistische Zusammenstellung der Schülerinnen nach ihrem Heimatlande ergab folgende Zahlen: Es stammten aus

	1883—1899	1899—1907	1883—1907
Rheinland	355 = 23·47%	191 = 24·12%	546 = 23·69%
Westfalen	66 = 4·36%	136 = 17·17%	202 = 8·76%
Hessen-Nassau: *a)* Wiesbaden .	506 = 33·44%	239 = 30·18%	745 = 32·32%
b) Kassel . .	521 = 34·44%	191 = 24·12%	712 = 30·89%
anderen Landesteilen . . . ,	65 = 4·29%	35 = 4·41%	100 = 4·34%

Man erkennt aus der Tabelle eine geringe Abnahme in der Beteiligung der Mutterprovinz Hessen-Nassau, besonders des Regierungsbezirks Kassel, während Westfalen in den letzten Jahren mehr Zöglinge als früher der Anstalt zugesandt hat; wahrscheinlich wird aber mit zunehmender Frequenz der neugegründeten Hebammen-Lehranstalt zu Bochum diese Erscheinung wieder zurückgehen.

Untersuchen wir weiter die Herkunft unserer Schülerinnen nach der Größe ihres Heimatortes, so finden wir, daß der größte Teil, wie dies wohl bei den meisten Provinzial-Hebammenlehranstalten der Fall ist, dem Dorfe entstammt, der geringere aus kleineren und größeren Städten.

	1883—1899	1899—1907	1883—1907
Große Städte	217 = 14·23%	128 = 16·16%	345 = 14·97%
Mittlere und kleinere Städte .	157 = 10·42%	79 = 9·97%	236 = 10·24%
Dorf	1138 = 75·35%	585 = 73·87%	1723 = 74·79%

Über die Standesherkunft sind leider statistische Aufzeichnungen nicht vorhanden und es würde wohl auch schwierig sein, einen derartigen Stoff zu gruppieren; jedoch läßt sich sicher aus den gemachten Beobachtungen und Erfahrungen urteilen, daß auch das Material der Marburger Lehranstalt sich aus den unteren Schichten der Bevölkerung rekrutiert. Vom Lande sind es nur ausnahmsweise Töchter und Frauen wohlhabender Bauern, die, wie es in Hessen vielfach Sitte, von den Frauen der Gemeinde gewählt, den im allgemeinen in den hessischen Dörfern geachteten Stand der Hebamme ausüben. Der aus den Städten kommende Ersatz entstammt zumeist den Arbeiterkreisen; in einem erheblichen Prozentsatz ist Grund zur Erlernung des Hebammenberufes bei diesen die Not des täglichen Broterwerbs, sei es, daß der Mann krank und nur teilweise erwerbsfähig ist, sei es, daß die Familie zu groß und deshalb der Verdienst des Mannes allein zur Bestreitung des Unterhaltes der Familie nicht ausreicht. Nur eine kleine Zahl von Witwen und Schwestern von Ärzten, Kranken- und Missionsschwestern lassen hoffen, daß allmählich der Hebammenstand auch aus den besseren Ständen Nachwuchs erhält und das alte Vorurteil gegen diese Beschäftigung aus diesen Kreisen verschwindet.

Die meisten der Schülerinnen sind verheiratet, und es ist in den letzten Jahren eine Zunahme der Verheirateten gegenüber den Ledigen zu verzeichnen. Witwen finden sich nur in einer kleinen Anzahl unter den Schülerinnen, leider weisen diese häufig gerade die traurigsten häuslichen Verhältnisse auf; vielfach ergreifen sie den Hebammenberuf nicht aus Lust und Liebe zur Sache, sondern weil es ihnen mit aller Tätigkeit, die sie bisher begonnen, nicht gelang, die oft zahlreiche Familie zu ernähren; ein Menschenfreund oder gutherzige Nachbarn leihen ihnen das Lehrgeld, oder sie lernen unter ungünstigsten Bedingungen für irgend eine ihre Notlage ausnutzende Gemeinde. Sie bilden vielfach die Crux des Hebammenunterrichts, man weist sie nur ungern von vornherein zurück, und ein Nichtbestehen des Examens wäre der Ruin der Familie; zu der bisherigen Not kämen noch Schulden und die Vorwürfe der Personen, die ihnen das Geld zum Lernen vorstreckten. Der Hebammenlehrer muß sich im Unterricht doppelt mit ihnen beschäftigen, und dies natürlich auf Kosten der anderen.

	1883—1899	1899—1907	1883—1907
Verheiratet . . .	846 = 55·92% (57 Witwen, 4 geschieden)	485 = 61·24% (27 Witwen	1331 = 57·74% (84 Witwen, 4 geschieden) (Witwen = 3·64%)
Ledig	667 = 44·08%	307 = 38·76%	974 = 42·26%

Was ferner das Alter der aufzunehmenden Schülerinnen betrifft, so sollen nach bestehenden Bestimmungen dieselben in einem Alter von nicht unter 20 und nicht über 30 Jahren stehen, jedoch sind Ausnahmen mit Erlaubnis der Regierung gestattet; die meisten Schülerinnen befinden sich in einem Alter zwischen 25 und 29 Jahren.

	1883—1899	1899—1907	1883—1907
Unter 20 Jahren . . .	15 = 0·99%	10 = 1·26%	25 = 1·08%
20—24 Jahre	571 = 37·74%	278 = 35·10%	849 = 36·83%
25—29 Jahre	690 = 45·61%	349 = 44·07%	1039 = 45·08%
30 und darüber . . .	237 = 15·66%	155 = 19·57%	392 = 17·01%

Die Konfession der Schülerinnen ist, entsprechend der Mutterprovinz, vorwiegend evangelisch, doch ist durch den Zuwachs, welchen die Lehranstalt aus dem Rheinland und Westfalen erhält, ein ziemlich erheblicher Prozentsatz katholisch. In den letzteu Jahren hat der Prozentsatz der evangelischen Schülerinnen ab-, der der katholischen zugenommen.

	1883—1899	1899—1907	1883—1907
Evangelisch . . .	992 = 65·57%	477 = 60·23%	1469 = 63·73%
Katholisch	519 = 34·30%	314 = 39·65%	833 = 36·14%
Andere Konfessionen	2 = 0·13%	1 = 0·12%	3 = 0·13%

Wenn wir weiterhin die Bestreitung der Ausbildungskosten der Schülerinnen ins Auge fassen, so werden dieselben in der Mehrzahl von den Schülerinnen selbst getragen. Wir unterscheiden in der Marburger Anstalt Schülerinnen auf eigene Kosten, Schülerinnen auf Gemeindekosten und Schülerinnen auf Staatskosten. Die erstgenannten bezahlen an Verpflegung, Lehrgeld etc. für die gesamte Ausbildung 276·50 M., die Gemeinden 20 M. weniger; bedürftigen Gemeinden wird auf Staatskosten eine halbe Freistelle gewährt, für die aus solchen Gemeinden stammenden Schülerinnen sind nur 118·50 M. zu zahlen.

	1883—1899	1899—1907	1883—1907
Eigene Kosten.	781 = 51·62%	477 = 60·22%	1258 = 54·58%
Gemeindekosten	546 = 36·09%	212 = 26·77%	758 = 32·89%
Staatskosten	186 = 12·29%	103 = 13·01%	289 = 12·53%

Aus dieser Zusammenstellung ergibt sich eine Zunahme der auf eigene Kosten lernenden Schülerinnen.

Nach altem kurhessischen Gesetz hat jede Gemeinde, welche dem früheren Kurfürstentum Hessen (der jetzige Regierungsbezirk Kassel) angehört, auch die kleinste, das Recht, sich eine Hebamme auf ihre Kosten ausbilden zu lassen, während in dem andern Teile der Provinz, dem Regierungsbezirk Wiesbaden, die Regierung das Recht hat, naheliegende Gemeinden zu einem Hebammenbezirke zusammenzulegen und Bezirkshebammen ausbilden zu lassen; die Ausbildungskosten der letzteren wird auf die einzelnen Gemeinden nach Billigkeit verteilt. Durch dieses Vorgehen der Regierung sind die Existenzbedingungen der Hebammen des Wiesbadener Bezirkes schon erheblich gebessert, während es in dem Kasseler Bezirke noch zahlreiche Hebammen gibt, welche jährlich nicht mehr als 5—6 Geburten zu leiten haben. Das einzige Mittel, welches die Regierung hat, um ein kleines, einem größeren Dorfe benachbartes zu zwingen, die Hebamme der größeren Gemeinde zu den in ihrem Orte stattfindenden Geburten zu rufen, besteht darin, daß die von dem kleineren Dorfe vorgeschlagenen Kandidatinnen für den Hebammenberuf aus irgend einem Grunde zurückgewiesen werden. Es ist dies aber nur möglich, wenn Kreisarzt, Landrat und Regierung eines Sinnes sind.

Ein ferneres großes Übel, unter dem auch die Hebammen wohlhabender Gemeinden leiden, sind die meist ungünstigen Verträge zwischen Gemeinde und Hebammen. Teilweise verstoßen sie tatsächlich „gegen die gute Sitte“, wie das Bürgerliche Gesetzbuch sich ausdrückt, trotzdem sie durch die Hand einer juristisch ausgebildeten Persönlichkeit, des Landrats, gehen und von diesem genehmigt werden müssen. Auch sind Fälle vorgekommen, in denen von der Gemeinde an die Regierung ein für die Hebamme günstig lautender Vertrag eingereicht wurde, daß aber in einem Sondervertrag, der nicht vorgelegt wurde, z. B. verabredet wurde: Besteht die Schülerin das Examen nicht, so muß sie das gesamte Lehrgeld in Raten später an die Gemeinde zurückzahlen. Abgesehen von den minimalen jährlichen Zuschüssen von seiten der Gemeinde, sofern ein solcher überhaupt gewährt wird, von 10, 15, 20—50 M., gewährt die Gemeinde für die Armengeburten den Hebammen vielfach kein Entgelt. Bisweilen werden Verträge, „solange die körperlichen und geistigen Kräfte der Hebamme ausreichen“, abgeschlossen, während der Gemeinde vierteljährliche Kündigung, unter gewissen Bedingungen nach Ermessen der Gemeinde sofortige Auflösung des Dienstverhältnisses zusteht. Oder wie jüngst in einem Vertrage festgelegt war, lernte die Schülerin für eine Gemeinde, mußte aber das Lehrgeld selbst bezahlen, dafür durfte sie sich auf 5 Jahre der Gemeinde verpflichten, auf früheren Abbruch des Dienstverhältnisses standen 250 M. Konventionalstrafe; weder Entgelt für Armengeburten noch pekuniäre Beihilfe, freie Wohnung oder Heizung, nicht das Geringste wurde der Hebamme in dem Vertrage zugebilligt, das einzige Äquivalent seitens der Gemeinde war, daß die betreffende Hebammenschülerin nach bestandenem Examen in dem Orte Praxis treiben durfte und ihr eine Hebammentasche beschafft wurde. Diese Schülerin war von mir selbst vorher wiederholt vor Unterschrift eines Vertrages, den ich nicht eingesehen, gewarnt worden; sie wurde jedoch zur Unterschrift, obgleich widerstrebend, gezwungen, indem ihr der betreffende Bürgermeister sagte, sie könne bei Verweigerung der sofortigen Unterschrift nicht

zum Kursus zugelassen werden. Dabei hatte sie die Einberufung der Regierung zum nächsten Kursus bereits in Händen.

Wir warnen im Unterricht alle Schülerinnen des öfteren vor dem Abschluß unkluger Verträge, aber leider hat die Hälfte der auf Gemeindekosten Lernenden schon irgend einen für sie höchst ungünstigen Vertrag vor Eintritt in die Lehranstalt unterschrieben. Die Unerfahrenheit der Frauen und Mädchen in derartigen Sachen wird von den für das Interesse ihrer Gemeinde allzu eifrig bemühten Gemeindevorstehern meist in ausgiebiger Weise ausgenutzt.

(Schluß folgt.)

Bücherbesprechungen.

Dr. Heinrich Peham, Privatdozent in Wien. Das enge Becken. Eine Studie über den Geburtsverlauf und die Indikationen zu operativen Eingriffen. Mit einem Vorwort von R. Chrobak. Alfred Hölder, Wien 1908. K 6.—.

Die Behandlung der Geburt bei engem Becken ist mit dem neuerlichen Aufschwunge der beckenerweiternden Operationen in letzter Zeit ein besonders aktuelles Thema geworden. Unter dem Einflusse der modernen operativen Ära in der Geburtshilfe wurde auch die Therapie des engen Beckens auf mehr chirurgische Basis gestellt. Die bisherigen Methoden, insbesondere die sogenannten prophylaktischen Maßnahmen wurden gänzlich verworfen und an Stelle derselben die Sectio caesarea aus relativer Indikation und die Beckenerweiterung gesetzt.

Es ist daher als dankenswertes Unternehmen zu begrüßen, wenn gerade jetzt die Erfahrungen einer großen Klinik, an welcher bei weitgehend abwartender Geburtsleitung die alten Methoden, künstliche Frühgeburt, prophylaktische Wendung und hoher Forzeps, bei strenger Auswahl der Fälle in Anwendung kamen, in ausführlicher und ungeschminkter Weise dargelegt werden.

Chrobak vertritt in seinem Vorwort den Standpunkt, daß es ein Unrecht ist, wenn man an so viel Lehranstalten immer nur Rücksicht nimmt auf jene Leistungen, welche Kliniken und sonstige gut eingerichtete und geleitete Anstalten aufbringen können, während doch die Mehrzahl der Geburten — in Österreich wenigstens — von Ärzten geleitet wird, welche keine spezialistische Ausbildung genossen haben. Der Arzt am Lande muß oft die schwierigste Geburt selbst leiten, weil die Abgabe des Falles an eine Anstalt oder Klinik nicht möglich ist. Dementsprechend finden wir in Pehams Arbeit bei Besprechung der Behandlungsmethoden und der Indikationsstellung eine besondere Rücksichtnahme auf die Bedürfnisse des praktischen Arztes.

Pehams Bericht und kritische Studie erstreckt sich auf die letzten 4 Jahre, während welcher Zeit an der Klinik unter 13000 Geburten 975 = $7^1/_2\%$ bei engem Becken zur Beobachtung kamen.

Um allgemeine Regeln über Geburtsleitung und Indikationen beim engen Becken aufstellen zu können, mußten die unregelmäßig verengten und osteomalazischen Becken, ferner die durch Anomalien der Plazenta, durch Eklampsie oder durch schwere Organerkrankungen der Mutter komplizierten Fälle und alle engen Becken bis zu einer Conjugata vera von 8·6 *cm* mit Kindern unter 2500 *g* ausgeschieden werden, wodurch 885 Fälle verblieben, welche für den gedachten Zweck verwertet werden konnten.

Die in Betracht kommenden, nach ihrem anatomischen Charakter in einfach platte, rachitisch platte, allgemein verengte und allgemein verengt rachitische unterschiedenen Becken werden auf Grund digitaler Messung nach dem Grade ihrer Verengung in 4 Gruppen eingeteilt (Conj. vera +9·5 und 9·5 *cm*, Conj. vera 9·4—8·6 *cm*, Conj. vera 8·5—7·6 *cm* und Conj. vera 7·5—6·0 *cm*). Sämtliche Geburtsfälle werden eingehend besprochen und zum Schlusse in einer Übersichtstabelle zusammengefaßt.

Bei den 885 engen Becken fanden 641 = 72·42% Spontangeburten statt. Den Hauptgrund, warum die Zahl derselben gegenüber anderen Kliniken zurückbleibt und

warum andrerseits auch die kindliche Mortalität größer ist als an einigen anderen Stationen, findet **Peham** in der großen Anzahl bedeutend verengter rachitischer Becken seines Materiales.

Aus demselben ergibt sich die wichtige Tatsache, daß auch bei großen Kindern die Spontangeburten keine Raritäten darstellen, sondern in einem gewissen Prozentsatz mit Wahrscheinlichkeit angenommen werden können. So fanden sich beim 2. Grad der Verengung (Conj. vera 9·4—8·6 *cm*) bei Kindern von 3500—4000 *g* Gewicht noch weit mehr als die Hälfte Spontangeburten und ähnlich verhielt es sich auch beim 3. Grad der Verengerung (Conj. vera 8·5—7·6 *cm*). Der Vergleich der Querdurchmesser des kindlichen Schädels mit den Werten der Conjugata vera, welcher vorgenommen wurde, um dem Einwande zu begegnen, daß das Gewicht der Kinder nicht das richtige Maß zur Beurteilung des räumlichen Mißverhältnisses sei, zeigte sogar, daß in 28 Fällen der biparietale Durchmesser um $^1/_2$—2 *cm* größer war als das Maß der Conjugata vera.

Als unterste Grenge spontaner Geburt wurde in 2 Fällen eine Conjugata vera von 7 *cm* beobachtet.

Die zusammenfassende Besprechung aller Spontangeburten läßt deutlich die streng expektative Geburtsleitung an der **Chrobak**schen Klinik erkennen.

Die verschiedenen zur Ausführung gelangten Entbindungsarten werden unter besonderer Berücksichtigung der mit denselben erzielten Erfolgen erläutert und namentlich die in neuerer Zeit bekämpften Methoden eingehend erörtert. Nach Mitteilung der Resultate der Extraktion bei Beckenendlage und des Herunterholens eines Fußes als prophylaktischen Eingriffes folgt in einem ausführlichen Kapitel die Besprechung der **Wendung auf den Fuß**. Sie gelangte 29mal wegen Querlage zur Ausführung, 37mal wurde aus Kopflage gewendet, darunter 29mal wegen abnormer Haltung der Frucht, wegen Fieber der Mutter, Lebensgefahr des Kindes etc., und 8mal wegen des engen Beckens allein.

Von den Müttern erkrankte und starb keine. Von den Kindern wurden im ganzen 26 = 40% aller Wendungen, von den 8 wegen des engen Beckens allein gewendeten 2 = 25% tot geboren. Nur in einem Falle erwiesen sich bei epikritischer Betrachtung der kindlichen Todesfälle die Bedingungen für die Vornahme einer beckenerweiternden Operation, die das Kind hätte retten können, erfüllt.

Zur Frage der Berechtigung der sogenannten prophylaktischen Wendung, deren Frequenz für die Klinik nicht mehr als 1·24% beträgt, wird in ausführlicher Weise unter Heranziehung der bezüglichen Literatur Stellung genommen.

Baischs Ansicht, wonach die prophylaktische Wendung, weil unzweckmäßig und schädlich, zu verwerfen sei, wird widerlegt und nachgewiesen, daß sie auf irrtümlichen Voraussetzungen basiert. Es wird daher der Satz aufgestellt, daß die prophylaktische Wendung in allerdings strenger Auswahl der Fälle bei höheren Graden (Conj. vera $8^1/_2$ *cm*) des einfach platten und rachitischen Beckens unter gleichzeitiger Anerkennung des hohen Wertes der Hebosteotomie wohl berechtigt sei. Besonders für den praktischen Arzt, der sich ihrer auch in jenen Fällen bedienen wird, in welchen heute an einer Klinik mit gutem Gewissen die Sectio caesarea oder eine beckenerweiternde Operation gemacht wird.

Die **Dekapitation** findet eine kurze Erledigung, da bezüglich der Indikationsstellung kein Zweifel obwalten kann und sie auch für die Charakterisierung der Geburtsleitung beim engen Becken belanglos ist.

Während die typische Zange beim verengten Becken im Prinzip allgemein anerkannt ist, wird die Berechtigung der hohen atypischen Zange besonders in neuerer Zeit wieder bestritten. Der Begriff „hohe Zange" unterliegt verschiedenen Auffassungen. **Peham** versteht darunter jene Fälle, wo der Kopf noch nicht mit dem größten Umfang, jedoch mit einem Segment eingetreten oder doch aufgepreßt ist.

Die **hohe Zange**, wie sie an der Klinik **Chrobak** geübt wird, ist keinesfalls als prophylaktische Operation aufzufassen, da sie immer erst dann in Verwendung kommt, wenn eine absolute Indikation zur Entbindung vorliegt, also als letzter Versuch, bevor man sich zur Perforation des lebenden Kindes entschließt. Die Sectio caesarea wird unter solchen Umständen in keinem Falle, die Beckenerweiterung zumeist nicht mehr auszuführen sein. Da mit der hohen Zange (27 Fälle) bei 19% Mortalität der Kinder doch 80% derselben gerettet wurden, die unter prinzipiellem Verzicht auf dieselbe ihrem Schicksal hätten preisgegeben werden müssen, erscheint die hohe Zange

gerechtfertigt. Sie wird aber, da sie eine technisch schwere, für Mutter und Kind nicht gefahrlose Operation darstellt, nur dann anzuwenden sein, wenn eine absolute Indikation zur sofortigen Beendigung der Geburt besteht.

Die Berechtigung der Kraniotomie bei totem Kind wird immer unbestritten bleiben. Anders steht es mit der Aufopferung des lebenden Kindes. Hier muß sowie bei jenen Fällen, wo das Kind zwar lebend an die Klinik eingeliefert wurde, aber im Verlaufe der klinischen Geburtsleitung starb, die Frage aufgeworfen werden, ob nicht durch eine andere Entbindungsart das kindliche Leben doch noch zu retten gewesen wäre. Die kritische Sichtung der 18 Fälle, bei welchen die Kinder an der Klinik abgestorben sind, wie auch der 18 Kraniotomien, die am lebenden Kinde ausgeführt wurden (32·1% aller Kraniotomien), ergab, daß im ganzen in 10 Fällen, bei Heranziehung auch der Erstgebärenden, durch Vornahme der Beckenerweiterung, vielleicht lebende Kinder hätten erzielt werden können. Der aus den Erfahrungen am eigenen Material gezogene Schluß lautet: „Die Perforation des lebenden Kindes soll möglichst vermieden werden, an ihre Stelle soll die künstliche Frühgeburt, die prophylaktische Wendung, die hohe Zange, die Sectio caesarea oder Beckenerweiterung, je nach der Zeit und den äußeren Umständen treten, wobei die ersteren drei für sich oder in Kombination als kleinerer Eingriff nach Möglichkeit den Vorrang verdienen. Durch diese kann aber nur die Frequenz vermindert werden, ohne die Berechtigung für einzelne Fälle auch für die Klinik vollständig aufzuheben." Für den praktischen Arzt trifft das Gesagte in erhöhtem Maße zu.

Die künstliche Frühgeburt wurde infolge des an der Klinik herrschenden Standpunktes, diese Operation nicht prinzipiell, sondern nur dann auszuführen, wenn vorausgegangene Entbindungen die Unmöglichkeit der Geburt eines lebenden Kindes am normalen Schwangerschaftsende erwiesen haben, nur in 1·69% aller Geburten bei engem Becken angewendet. „Sie ist in erster Linie für den praktischen Arzt zu Recht bestehend, aber auch die Klinik kann nicht ganz auf sie verzichten." Dies kann nur derjenige tun, der der Mutter das Recht abspricht, eine große Operation zu verweigern.

Aus dem Kapitel über den künstlichen Abortus geht hervor, daß Chrobak auf dem Standpunkt steht, den künstlichen Abortus einzuleiten, wenn die Frau, besonders als Mutter mehrerer Kinder, bei absoluter Beckenverengerung die wiederholte Sectio caesarea verweigert.

Der Kaiserschnitt wurde nur 28mal = in 3·16% aus relativer Indikation ausgeführt. Die geringe Zahl erklärt sich wohl zum Teil daraus, daß als Vorbedingung außer verläßlicher Reinheit des Falles auch die Einwilligung der Frau gefordert wird und daß grundsätzlich bei Primiparen die Indikation sehr zurückhaltend gestellt wird. Die Sectio caesarea wurde hauptsächlich bei Beckenverengerungen von 8–6½ *cm* Conjugata vera, mit einer Mortalität von 3·2% ausgeführt.

Die Beckenerweiterung durch Hebosteotomie kam, ohne daß eine ablehnende Haltung gegen dieselbe eingenommen wird, nur einmal zur Ausführung. Ihre Leistungsfähigkeit wird anerkannt und auch zugegeben, daß durch häufigere Anwendung derselben immerhin einige Kinder hätten gerettet werden können. Die Operation bilde aber unbestreitbar für die Mutter einen gefahrvollen Eingriff, ihre Indikationsstellung müsse daher eine besonders strenge sein. Da dieselbe gleichzeitig die größte Anforderung an die Erfahrung des Arztes stelle, so wird die Hebosteotomie auch nie, soll sie nicht unter Umständen ganz unnötig ausgeführt werden, dem praktischen Arzt zufallen, sondern höchstens dem als Spezialisten ausgebildeten Geburtshelfer. Für den praktischen Arzt wird vorläufig wohl als Methode der Wahl bei den höheren Graden von engem Becken die künstliche Frühgeburt zu Recht bestehen bleiben müssen. Am Ende der Schwangerschaft wird die prophylaktische Wendung oder, wenn diese nicht mehr ausführbar wäre, ein vorsichtiger hoher Zangenversuch, bei Mißlingen desselben aber die Perforation selbst des lebenden Kindes zu empfehlen sein.

Im Schlußkapitel wird die an der Klinik übliche streng konservative Geburtsleitung charakterisiert und gleichzeitig die unrichtige Auffassung, welche dieselbe seitens Baisch erfahren hat, richtiggestellt.

Die mühevolle Arbeit Pehams, aus welcher reichliche, durch jahrelange ernste klinische Tätigkeit und Beobachtung erworbene Erfahrung spricht, wird sowohl von dem geburtshilflichen Praktiker als auch vom Fachmanne mit Interesse und Nutzen gelesen werden.

Der praktische Arzt, und dies ist gerade gegenwärtig von Bedeutung, wird für sein geburtshilfliches Handeln die Lehre ziehen, daß seine bisher geübten Maßnahmen bei der Geburt beim engen Becken doch nicht so ganz zu verwerfen seien, und wird aus den ihm gegebenen Direktiven für sein ferneres Verhalten eine gewisse Beruhigung und wieder etwas Sicherheit schöpfen, die ihm durch die Verbreitung der modernen Anschauungen vollkommen abhanden kommen mußte, da alles was er bisher gemacht und zu machen gelernt hat, verworfen wurde, wogegen Eingriffe, die er sehr oft nicht ausführen kann, als das einzig richtige Verfahren hingestellt wurden. Auch für den Kliniker ergibt sich der Schluß, daß die neuen Methoden bei aller Wertschätzung nicht dazu bestimmt sind, ausschließlich das Feld zu behaupten, da auf die alten Methoden mit Rücksicht auf die Bedürfnisse des praktischen Geburtshelfers nicht verzichtet werden kann und auch vom Standpunkte der klinischen Geburtshilfe anerkannt werden muß, daß dieselben unter gewissen Umständen und bei strenger Auswahl der Fälle bisher immer noch zu Recht bestehen. E. Knauer.

Ernst Fraenkel, Klinische Beiträge zur Pathologie und Therapie der Sterilität. Volkmanns Samml. klin. Vortr. Nr. 168, 169. Breitkopf & Härtel, Leipzig 1907.

Verfasser scheidet die primäre Sterilität von der sekundären. Die primäre besteht, wenn trotz längerer, etwa 5jähriger Ehezeit eine Empfängnis nicht zustande gekommen, aber in Zukunft nicht unmöglich ist, die sekundäre besteht bei Frauen, welche nach ein- oder mehrmaliger Empfängnis durch 5 Jahre ihre Konzeptionsfähigkeit eingebüßt haben. F. gibt nun in Tabellen die Befunde bei 200 sterilen Frauen an und bespricht die Fälle kritisch. Spätmenstruierte Frauen neigen leichter zur Sterilität als solche, die rechtzeitig zum ersten Male menstruieren. Bei Dysmenorrhoischen ist die Sterilität relativ häufig. Es bestehen gewisse Beziehungen zwischen beiden Funktionsstörungen, die meist auf organischen Ursachen, besonders auf Entwicklungsstörungen zurückzuführen sind. Die chronische Endometritis ist eine überaus häufige Ursache der Sterilität, muß aber nicht immer die Konzeption und Gestation stören. Von hoher Bedeutung sind Tubenerkrankungen; doch ist die deletäre Wirkung des Eiters auf Spermatozoen bis jetzt nicht erwiesen. Lageveränderungen des Uterus erschweren die Konzeption, ohne sie unmöglich zu machen. Dyspareunie ist als Ätiologie zu streichen, wohl aber ist sofortiger Spermaabfluß post coitum nicht selten Ursache der Sterilität. In etwa $^1/_3$ der Fälle trägt der Ehemann die Schuld, u. zw. sind meist Folgen der Gonorrhöe im Spiele.

Bezüglich der Therapie betont Fraenkel, man solle in allen Fällen, wo nicht die Schuld eklatant auf Seite der Frau liegt, die Potenz des Mannes zuerst feststellen. Allgemeine Sterilitätsursachen sind unter Berücksichtigung des Gesamtstatus allgemein zu behandeln. Die schablonenhaften Muttermundoperationen und planloses Kurettieren ist zu verwerfen. Stenosen des inneren Muttermundes sind durch kein Dilatationsverfahren sicher dauernd zu beheben. Bei Stenosen des Orificium externum sind neben der Amputation der Zervix bei Elongation und Hypertrophie derselben alle Verfahren günstig, die einer Narbenverengung des Os externum durch Nahtvereinigung der Zervikal- mit der Portioschleimhaut vorbeugen. Salpingostomie und Lösung von Adhäsionen ist in geeigneten Fällen zu versuchen.

Dies sind die wichtigsten Momente, welche aus Fraenkels interessantem Vortrage herzorgehoben werden sollen. Der Leser wird überdies viele wichtige Details finden, die für den Praktiker von hoher Bedeutung sind. F.

Sammelreferate.

Eieinbettung und Plazentation.

Sammelreferat über die im Jahre 1907 erschienenen Arbeiten, erstattet von

Dr. **Lucius Stolper**, Wien.

Cova E.: **Über ein menschliches Ei der zweiten Woche.** (Arch. f. Gyn., Bd. LXXXIII.)
Fellner O.: **Über periphere Langhanszellen.** (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. LIX.)

Freund R.: **Zur Gravidität und Hämatometra des atretischen Nebenhorns.** (Arch. f. Gyn., Bd. LXXIX.)
Fuchs: **Zur Kenntnis der Eiimplantation im rudimentären Nebenhorn.** (Beitr. zur Geburtsh. u. Gyn., Bd. XI.)
Herrenschmidt und Rigollot-Simonnot: **Grossesse ovarienne.** (Annales de Gyn. et d'Obstetrique, Nov. 1906.)
Hoff: **Beitrag zur Histologie der Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn.** (Arch. f. Gyn., Bd. LXXX.)
Jung: **XII. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gynaekologie in Dresden, 1907.**
Leopold: **Über ein sehr junges menschliches Ei in situ.** (S. Hirzel, Leipzig 1906.)
Limnell: **Anatomische Befunde in einem Falle von Nebenhornschwangerschaft.** (Arch. f. Gyn., Bd. LXXXI.)
Meyer R.: **Über Decidua und Chorionzellen.** (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. LIX.)
Rauscher: **XII. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gynaekologie in Dresden, 1907.**
Schickele: **Ovarialgravidität mit Hämatokele.** (Beitr. zur Geburtsh. u. Gyn., Bd. XI.)

Naturgemäß wendet sich hier unser Interesse in erster Linie denjenigen Arbeiten zu, in denen Jugendstadien der Plazentation beschrieben werden. Unter diesen sei zunächst die Monographie Leopolds erwähnt, die zwar schon im Jahre 1906 erschienen ist, jedoch im vorjährigen Sammelreferat noch nicht besprochen wurde. Leopold beschreibt in ausführlicher Weise unter Zugrundelegung zahlreicher Abbildungen ein junges Ei, das von einer an Phosphorvergiftung zugrunde gegangenen Frau herrührt und nach den angegebenen Dimensionen (1·4:0·8:0·9) kleiner ist als das von Peters beschriebene, mit dem es eine weitgehende Ähnlichkeit zeigt. Die Bildung der Dezidua hat begonnen, eine Scheidung in Kompakta und Spongiosa ist noch nicht möglich, doch umgibt sie das Eichen von allen Seiten auch an der Kuppe, so daß dieselbe vollständig innerhalb der Dezidua liegt. An der Kuppe befindet sich auch hier eine Fibrinbildung, „Fibrindecke“, ein Analogon des Gewebspilzes. Während aber in den uns bisher bekannt gewordenen Fällen der Gewebspilz den Abschluß der Eikapsel an der Durchtrittsstelle des Eies bewirkt, hat diese Bildung im vorliegenden Falle, wo das Ei von Dezidua ganz umschlossen ist, anscheinend eine andere Bedeutung. Doch nur scheinbar, da es sich um eine interessante Variante der Implantationsmöglichkeit handelt. Das Leopoldsche Eichen scheint sich in einer Schleimhautfurche eingenistet zu haben, wie Verfasser aus den lokalen Verhältnissen, namentlich aber aus einem unterhalb der Fibrindecke gelegenen, mit Epithel ausgekleideten Trichter deduziert. Dadurch gelangte es sofort tiefer in die Schleimhaut und stand nur durch den epithelialen Trichter mit der Uterushöhle in Verbindung, die sich durch einen Bluterguß bald schloß. Indem aber das Eichen vermöge seiner Tieflagerung durch die ringsum stattfindenden Wachstumsvorgänge, ödematöse Durchtränkung etc. sich rasch einkapselte, verlor die aus dem Blutergusse hervorgegangene Fibrinbildung ihre ursprüngliche Bedeutung.

Die weitere Beschreibung der Umgebung der Eikammer ergibt keine Besonderheiten. Wir finden nur einen weiteren Beleg für die Lehre von der subepithelialen Eieinbettung.

Was das Ei selbst anlangt, so ist zu bemerken, daß der Trophoblast die Innenwand der Eikammer nicht erreicht oder nur durch feine Fäden mit ihr in Verbindung steht. Ferner ist auffallend, daß jegliche Embryonalanlage fehlt. Leopold zieht aus diesen beiden Befunden den Schluß, daß sein Objekt jünger sei als das Peterssche, ist sich aber andrerseits wohl bewußt, daß es sich um pathologische Befunde handeln könne, wie es in der Tat ja auch am wahrscheinlichsten ist. Im übrigen ist das Objekt

sehr gut konserviert und bietet für das Studium der erwähnten Verhältnisse wie auch der Eianlage günstige Gelegenheit. Dieselbe besteht aus einer Mesodermschicht und einem Ektoblastmantel, der eine doppelte Zellenreihe (Langhans und Synzytium) erkennen läßt. Zotten sind noch nicht gebildet, die vorhandenen Trophoblastknospen sind noch solid ohne mesodermales Stroma. Zwischen den zarten Trophoblastfäden ist ein von Blut erfülltes Lakunensystem vorhanden, das mit den mütterlichen Bluträumen und auch untereinander in Verbindung steht. Dasselbe ist allenthalben mit Synzytium austapeziert und bildet die erste Anlage der intervillösen Räume.

Der Befund des Synzytium an der Eianlage zu einer Zeit, wo dieselbe mit mütterlichem Gewebe kaum in Kontakt gekommen, führt Verfasser ganz richtig als Beweis für die fötale Synzytiogenese ins Feld. Auch konnte Leopold wie andere vor ihm den allmählichen Übergang der kubischen Zellen der zentralen Schicht des Trophoblastes bis zu den synzytialen Eibilden der Eiperipherie verfolgen.

Wenngleich das Objekt Leopolds uns nichts wesentlich Neues zeigt, so behält es als frühzeitiges Plazentationsstadium einen hohen Wert, indem es unsere durch frühere Befunde gewonnenen Ansichten bestätigt und ergänzt und dadurch die Grundlagen der neuen Lehre von der Plazentation und Eieinbettung befestigt.

Eine ziemlich eingehende Beschreibung eines jungen Eichens gibt uns ferner Cova. Es ist das Produkt eines spontanen Abortus — angeblich in der 2. Schwangerschaftswoche — und scheint gut erhalten zu sein. Hier ist die Dezidua schon vollständig ausgebildet, Kompakta und Spongiosa sind deutlich differenziert. Auch das Ei ist in seiner Entwicklung ziemlich weit fortgeschritten. Intervillöse Räume, Chorion, Zotten sind schon vorhanden, die Embryonalanlage — 2·04 *mm* groß — gut erhalten. Cova schließt sich der Lehre von der subepithelialen Eieinbettung und dem fötalen Ursprung des Synzytium an. Er hält das Fehlen des Oberflächenepithels im Innern der Kapsularis ebensowenig für eine Stütze der Petersschen Theorie von der Eieinbettung wie den Mangel von Drüseneinmündungen, da Oberflächen- wie Drüsenepithel durch das Blut zerstört werden können. Dagegen mißt er der Verlaufsrichtung der Drüsen und dem Befunde des Gewebspilzes große Bedeutung in dieser Hinsicht bei und fügt als weiteres Argument die Beobachtung hinzu, daß der Bauchstiel des Embryo immer in der Gegend der Serotina inseriert. „Die Einbettung des Eies erfolgt nicht in irgend welchem Zeitpunkte, sondern wenn das befruchtete Ei eine gewisse Stufe — das Haftstadium — erreicht hat“. In diesem Stadium sei schon eine gewisse Differenzierung seiner Bestandteile, besonders derjenigen Zellen, welche die Area embryonaria bilden, vorhanden. Hier seien die lebhaftesten Entwicklungsprozesse und diese besorgen die Haftung und Einbettung des Eies.

Von den weiteren Schlußfolgerungen, die sich aus dem Studium des Objektes ergaben, sei erwähnt, daß Cova die mehrkernigen Gebilde der Umlagerungszone für fötale Elemente hält, in Analogie der Tubargravidität, wo keine Dezidua vorhanden sei. Die Eröffnung mütterlicher Gefäße führt er auf Arrosion durch fötale Elemente und den inneren Blutdruck zurück.

Junge Stadien der Eientwicklung haben beim Dresdner Gynaekologenkongreß Jung und Rauscher demonstriert. Ersterer hält sein Objekt mit den Dimensionen von 2·5 : 2·2 : 1 nach dem von Leopold, Peters und Spee für das jüngste. Es wurde unverletzt anläßlich einer Curettage gewonnen und zeigt die bekannten Verhältnisse derartiger Jugendstadien, in deren Deutung der Verfasser sich rückhaltslos Spee und Peters anschließt. Zotten sind schon vorhanden, das Stroma noch gefäßlos. Das umgebende mütterliche Gewebe ist „infolge phagozytärer Wirkung der fötalen Ele-

mente“ in fibrinöser Degeneration. Bemerkenswert ist der Befund von Mitosen in der Grundschicht (Langhans), die ihre Tochterzellen ins Synzytium hineinschieben, so daß anzunehmen ist, „daß auf diese Weise eine Vermehrung des Synzytium von der Grundschicht aus statthat“.

Das Ei ist vollständig von Dezidua umgeben, die an den Drüsen schon die bekannten Veränderungen zeigt, ein Gewebspilz ist nicht oder vielleicht besser nicht mehr nachweisbar, so daß wir in der Beurteilung des Alters dieses Eies trotz der geringen Dimensionen wohl weiter gehen müssen als Jung.

Das Präparat von Rauscher zeigt das nicht ganz auf 10 Tage geschätzte Ei in situ. Der Uterus war wegen chronischer Metritis mit Blutungen und konsekutiver, hochgradiger Anämie entfernt worden. Wie weit die Altersschätzung des Rauscherschen Objektes berechtigt ist, läßt sich mangels genauer Beschreibung nicht sagen. Die vorliegenden kurzen Berichte heben hervor, daß das Ei völlig eingekapselt — vermutlich also ohne Gewebspilz — und mit ausgebildeten intervillösen Räumen ausgestattet ist. Der Befund von weiten mit Blut erfüllten Drüsenhohlräumen in der Decidua basalis, die nach Keibel eine Bedeutung für die Ernährung des Eies haben sollen, ist auch von anderer Seite mehrfach erhoben worden. In bezug auf die Eiimplantation, Genese und Histologie des Chorion scheint der Verfasser den modernen Lehren sich anzuschließen.

Mit den genannten vier Objekten ist die Ausbeute aus der einschlägigen Literatur des Jahres 1907 über intrauterine Eieinbettung erschöpft. Es ist ganz interessant, daß alle 4 Autoren ganz uneingeschränkt sich derjenigen Auffassung über Eieinbettung und Plazentation anschließen, die Peters und Graf Spee inauguriert haben. Und es spricht doch wohl für die Richtigkeit dieser Auffassung, wenn jedes neue Objekt sie immer wieder bestätigt und Forscher vom Range Leopolds auf Grund objektiver Befunde trotz vielfach gegenteiliger Meinungen in früheren Arbeiten ihr jetzt widerspruchslos beipflichten.

Es ist selbstverständlich, daß trotz aller Übereinstimmung in der Deutung von Details noch manche Differenzen bestehen, wie dies die Kontroverse R. Meyers und Fellners in bezug auf den Ursprung gewisser Zellen im Bereiche der Umlagerungszone und des angrenzenden Mutterbodens beweist. Das histologische Bild ist hier so kompliziert, daß die Entscheidung, welche Zellen maternen, welche fötalen Ursprungs sind, nicht eben ohne weiters getroffen werden kann, selbst wenn ein in lückenloser Serie zerlegtes Präparat vorliegt. Nur eine strikte Beobachtung der Entwicklung, sowie zahlreicher aufeinanderfolgender Stadien können in die Frage der Genese Klarheit bringen.

Es kann nicht geleugnet werden und wurde wohl auch nie geleugnet, daß das Bindegewebe der Arterienwand gleich dem des übrigen Mutterbodens in der Schwangerschaft dezidual reagiere, andrerseits darf man die aggressive Tätigkeit der fötalen Zelle, welche auch an der Arterienwand nicht halt macht, nicht unterschätzen. Gegen die Anerkennung dieser Tätigkeit der fötalen Zelle, welche manche Autoren zum Vergleich mit den Zellen maligner Neubildungen geführt hat, sträuben sich wieder andere, wenngleich sie den histologisch klar nachweisbaren Effekt anerkennen. Daher suchen sie nach anderen Erklärungen. Einige Autoren nehmen eine vermittelnde Stellung ein und wollen neben der Aggressivität der Fötalelemente noch andere Momente berücksichtigt wissen. So sagt Freund: „Die Art der Destruktion der Wand (des Fruchthalters) vollzieht sich nicht auf Grund einer zellauflösenden Eigenschaft

der Zotten, sondern wird nach Substitution der mütterlichen Gefäßwände durch den Trophoblast durch fortwährend sich wiederholende Störungen des venösen Abflusses, durch Stauungsprozesse mit blutig-seröser Transsudation der Muskularis infolge der tief intravenös vordringenden Zotten in Szene gesetzt."

Diese Ansicht hat sehr viel Plausibles. Ihr parallel geht die Auffassung der Dezidua als eines Schutzwalles gegen die allzuweit gehende Zerstörung des Fruchtträgers durch die fötalen Zellelemente. Einen weiteren Beleg für diese ja keineswegs neue Ansicht liefern uns einige Arbeiten über Nebenhornschwangerschaft. In einem von Hoff beschriebenen Falle, wo es mangels einer Schleimhaut zu keiner Deziduabildung gekommen war, erfolgt Ruptur des Fruchtsackes. Ein Fall von Nebenhornschwangerschaft, den Limnell beschreibt, läßt ebenfalls die Dezidua vermissen. Die Schwangerschaft war schon bis zum 4. Monat gediehen, ohne daß es zu Ruptur gekommen wäre, doch findet er die Wand von fötalen Elementen durchsetzt, „dem Bersten nahe". Ähnlich verhält es sich mit den Fällen von Fuchs, so daß auch dieser Autor zur Schlußfolgerung gelangt, daß alle konzeptionsfähigen Organe (Uterus, Nebenhorn oder Tube) im Falle mangelhafter Entwicklung bei eintretender Gravidität infolge unzureichender Reaktion des Fruchthalters, vor allem infolge Fehlens der Dezidua der „Destruktion" anheimfallen. Dabei mag man als Ursache der Destruktion die fötalen Zellen allein, oder die durch das Eindringen der Zotten in die Gefäße erzeugten Zirkulationsstörungen, oder wie Fuchs die Überdehnung der mangelhaft angelegten oder durch Invasion fötaler Elemente geschwächten Wand beschuldigen.

Zum Schlusse seien noch 2 Fälle von Ovarialgravidität erwähnt. Den einen Fall beschreibt Schickele; „Das befruchtete Ei hatte sich am peripheren Pole des Ovariums niedergelassen, dicht in der Nähe des zuletzt geborstenen Follikels, dessen normale Rückbildung hierdurch nicht gehindert worden ist." Er bezeichnet diese Art der Einbettung als epoophorale, im Gegensatz zur intrafollikulären, wie sie Tussenbroek beobachtet hat. Die Schwangerschaft endete frühzeitig mit Hämatokelenbildung. Dezidua ist nicht vorhanden, fötale Bestandteile waren nur in der Blutmole nachweisbar, so daß die Art der Verbindung mit dem mütterlichen Gewebe verloren gegangen ist.

Den anderen Fall beschrieben Herrenschmidt und Rigollot-Simonnot. Es handelt sich um eine sehr junge Schwangerschaft, die mit Ruptur endete. Die Menses waren nicht ausgeblieben. Bei der Operation findet man einen kleinen Riß am rechten Ovarium, dem an einer Stelle ein Blutkuchen anhängt. Leider geht ein etwa erbsengroßes Gerinnsel, das aus dem Einriß bei der Operation hervorgetreten war, verloren. In dem dem Ovar anhängenden Blutkuchen finden sich zahlreiche fötale Elemente (des cellules d'origine chorio-ectodermique). Durch den Einriß gelangt man in eine seichte Vertiefung. An den Rändern derselben finden sich ebenfalls fötale Elemente. Ein der Schwangerschaft entsprechendes Corpus luteum ist nirgends zu finden gewesen. Die fötalen Zellen liegen direkt dem Ovarialgewebe auf, das eine Art von dezidualem Lager gebildet hat, und zwar sollen sich an dieser Bildung einerseits die Stromazellen, andrerseits Granulosazellen (cellules de la granuleuse) beteiligen. Die Verfasser nehmen an, daß das Ei sich intrafollikulär entwickelt und daß die Eientwicklung im Follikel die Ausbildung eines Corpus luteum verhindert hat. Man hätte nach dieser Beobachtung demnach ein Unterscheidungsmerkmal zwischen epoophoraler und intrafollikulärer Eieinbettung im Vorhandensein oder Fehlen eines Corpus luteum.

Physiologie, Diätetik und Pathologie des Wochenbettes.

Sammelreferat über das I. Halbjahr 1907 von Dr. **Karl Heil,** Frauenarzt in Darmstadt.

1. Zacharias: **Nasenuntersuchungen bei Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen.** (Med. Klinik, 1907, Nr. 3.)
2. Rothschuh: **Aseptische Wochenbettsbinde.** (Münchener med. Wochenschr., 1907, Nr. 13.)
3. Hartmann: **Saugbehandlung der Mastitis.** (Münchener med. Wochenschr., 1907, Nr. 6.)
4. Paul: **Beitrag zur Bierschen Stauung.** (Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 24.)
5. Zacharias: **Behandlung der Mastitis mit Bierscher Stauung.** (Münchener med. Wochenschr., 1907, Nr. 15.)
6. Retzlaff: **Zur Ovariotomie in der Schwangerschaft, während der Geburt und im Wochenbett.** (Monatsschr. f. Geburtsh. und Gyn., Bd. XXV, H. 5.)
7. Heil: **Komplikation von Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett mit Wandermilz.** (Arch. f. Gyn., Bd. LXXXI, H. 1.)
8. Rosenfeld: **Zur Kasuistik des Typhus abdominalis unter der Geburt und im Puerperium.** (Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 17.)
9. Dünges: **Zur Prophylaxis des Wochenbettfiebers.** (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXV, H. 4.)
10. Falkner: **Klinische Beiträge zur Serumbehandlung des Puerperalfiebers.** (Wiener klin. Wochenschr., 1907, Nr. 22.)
11. Latzko **Die chirurgische Therapie des Puerperalprozesses.** (Wiener klin. Wochenschrift, 1907, Nr. 19.)
12. Himmelheber: **Fall von Gonokokkensepsis im Wochenbett mit Lokalisation in der rechten Niere.** (Med. Klinik, 1907, Nr. 26.)
13. Offergeld: **Zur Kasuistik der puerperalen Metritis dissecans.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1907, Nr. 19.)
14. Feiertag: **Zur Kasuistik der metastatischen Ophthalmie im Puerperium.** (Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 23.)
15. Merkel: **Ein Fall von Angina am Ende der Gravidität mit Streptokokkensepsis im darauffolgenden Wochenbett.** (Münchener med. Wochenschr., 1907, Nr. 26.)

Für die Physiologie des Wochenbettes hat dieses Halbjahr nur einen neuen Beitrag geliefert. Zacharias (1) hat in Menges Klinik Nasenuntersuchungen bei Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen vorgenommen und kommt bezüglich der letzteren zu dem Schlusse, daß schon im frühen Wochenbett die Hyperämie fast durchgängig abnimmt, während die Hypertrophie in annähernd unveränderter Weise bestehen bleibt. Aber auch die Hypertrophie bildet sich in einigen Monaten völlig zurück, so daß man also von wirklichen intranasalen Graviditätsveränderungen zu sprechen berechtigt ist.

Auch zur Diätetik fand ich nur eine Mitteilung. Rothschuh (2) hat eine aseptische Wochenbettsbinde angegeben, deren Beschreibung im Original nachzulesen ist.

In der Pathologie des Wochenbettes sind zunächst drei Arbeiten zu erwähnen über Saugbehandlung der Mastitis, die alle in gleicher Weise die großen Vorzüge dieses Verfahrens konstatieren und somit die von anderer Seite (vgl. Sammelreferat über das II. Halbjahr 1906) gemachten günstigen Erfahrungen bestätigen. (Hartmann (3), Paul (4), Zacharias (5). Zacharias hat zur Vermeidung des Druckes durch den Glockenrand und zur Verhütung erneuten Lufteintritts in die Glocke während des Saugens eine Gummiarmierung des Glockenrandes angegeben, die im Original genau beschrieben und durch eine Abbildung erläutert ist. Die Prophylaxe der Mastitis wird nach Zacharias in Menges Klinik folgendermaßen geübt: Jeden zweiten Tag werden die Brüste der Schwangeren mit kaltem Wasser gewaschen und

danach werden Warzenhof und Warze mit 10% Tanninalkohol bepinselt. Nach der Entbindung werden die Brüste mit Wasser, Seife und Alkohol desinfiziert und mit einem sterilen Tuch bedeckt, das durch ein um den Hals gezogenes Band festgehalten wird. Vor dem Anlegen wird der Mund des Kindes gereinigt und die Brustwarze mit Wasser abgewaschen. Nach dem Trinken wird die Brustwarze mit Wasser und Alkohol gewaschen. Bei Benutzung von Warzenhütchen wurde, wie auch andernorts, die Beobachtung gemacht, daß die Ernährung der Kinder Not litt und die Gewichtszunahme ungenügend war.

Die Ovariotomie im Wochenbett bespricht Retzlaff (6) unter Mitteilung einiger Fälle aus der Literatur seit 1905 und Heil (7) hat über die Komplikation des Wochenbetts mit Wandermilz geschrieben. Das Wochenbett scheint durch eine Wandermilz als solche nicht ungünstig beeinflußt zu werden. Die Stieldrehung einer Wandermilz, die während der Schwangerschaft schon mehrfach vorgekommen ist, scheint im Wochenbett bis jetzt noch nicht beobachtet worden zu sein.

Einen Fall von Typhus abdominalis unter der Geburt und im Wochenbett teilt Rosenfeld-Smolensk (8) mit. Die Geburt fiel in die Prodromalperiode des Typhus und mußte wegen des bedrohlichen Zustandes der Kreißenden durch Perforation des lebenden Kindes beendet werden. Die Herzsymptome waren bisweilen so vorwiegend, daß man zeitweise an die Möglichkeit einer septischen Endokarditis denken mußte. Nach zwei Rezidiven genas die Patientin.

Zur Prophylaxe des Wochenbettfiebers empfiehlt Dünges (9) das tüchtige Einfetten der desinfizierten Hand mit durch Sieden sterilisiertem Öl oder Fett, oder, in etwas umständlicherer Form, das Umhüllen der einzuführenden Hand mit einem in steriles Fett getauchten Gazestück, das von der anderen Hand zurückgezogen werden kann, sobald die eingeführte Hand etwa den äußeren Muttermund erreicht hat.

Über die Wirksamkeit der Serumbehandlung des Puerperalfiebers ein sicheres Urteil abzugeben, ist nach Falkners (10) Erfahrungen an 83 Fällen der Chrobakschen Klinik noch nicht möglich. Das Serum soll möglichst frühzeitig zur Anwendung kommen und auch prophylaktisch bei allen infektionsverdächtigen Kreißenden.

Über den Stand der chirurgischen Therapie des Puerperalprozesses gibt Latzko (11) einen Überblick, wobei er auf die größere Gefährlichkeit der instrumentellen Ausräumung des Uterus im Puerperium gegenüber der bei Abortus hinweist und die Schwierigkeit der Indikationsstellung für die Totalexstirpation des Uterus und der Venenunterbindung bei puerperaler Pyämie betont. Bei Peritonitis ist das operative Vorgehen sicherer. L. wählt jetzt stets die Laparotomie mit Kochsalzauswaschung und Drainage. Himmelheber (12) beschreibt einen Fall von Gonokokkensepsis im Wochenbett mit Lokalisation in der rechten Niere. Offergeld (13) bringt einen Beitrag zur Kasuistik der puerperalen Metritis dissecans. (Vergl. Sammelreferat II. Halbjahr 1906, Schmidlechner, 25.) Er empfiehlt antiseptische Vaginalspülungen, eventuell vorsichtige Uterusausspülung mit Alkohol, ferner Exzitantien und Bäder und warnt vor dem Gebrauch der Curette.

Einen Fall von metastatischer Ophthalmie im Puerperium beobachtete Feiertag (14). Es handelte sich um eine VI-para mit septischer Endometritis. Die Ophthalmie trat erst in der dritten Woche des Puerperium auf und führte nicht zur Phthisis bulbi.

Die Gefahr einer Angina am Ende der Gravidität für das nachfolgende Wochenbett illustriert eine Beobachtung von H. Merkel (15), eine nach Angina

einsetzende Streptokokkenbakteriämie, die im Wochenbett zum Tode führte. Zunächst hatte die Patientin am Ende der (8.) Schwangerschaft eine Angina mit schweren septischen Allgemeinerscheinungen glücklich überstanden und kam 15 Tage später glatt nieder. Eine innere Untersuchung hatte bei der Entbindung nicht stattgefunden. Auffallend war nur eine stärkere Blutung etwa 10 Stunden nach der Geburt. Vom zweiten Wochenbettstage an entwickelte sich wieder eine schwere septische Erkrankung, der die Wöchnerin am 8. Tage erlag. Die Sektion bestätigte die Diagnose Streptokokkensepsis mit einer scheinbar frischen verrukösen Endokarditis. Die mikroskopische Untersuchung ergab weiterhin unter anderem eine Menge von Streptokokkennestern im Fundus uteri innerhalb und außerhalb der Deciduareste sowohl, als auch in den Wandgefäßen, sowie in den freien Blutmassen und Gerinnseln. Aus dem Blute der Wöchnerin waren intra vitam und post mortem zahlreiche Streptokokkenkolonien gezüchtet worden.

Derartige sicher nachgewiesene Fälle einer hämatogenen Infektion des puerperalen Uterus mit sekundärer Sepsis mögen sehr selten sein, verdienen aber bei der forensischen Beurteilung eines Puerperaltodesfalles immerhin in Betracht gezogen zu werden.

Zervix-Scheiden-Dammrisse als Geburtsverletzungen.

Sammelbericht über das Jahr 1906 von Dr. **Ernst Orgler**-Breslau.[1])

1. Apfelstedt: **Dammschutz und Dammnaht.** (Berliner klin. Wochenschr., 1906, Nr. 48, pag. 1536.)
2. Blumreich: **Zur Frage der Hebotomie.** (Deutsche med. Wochenschr., 1906, Nr. 8, pag. 298.)
3. Brenner: **Ein Fall von Pubotomie aus der Praxis.** (Münchener med. Wochenschr., 1906, pag. 1963.)
4. Campbell and Levis: **Rupture of the vagina in labour.** (British med. journal, 1906, July 21, pag. 141.)
5. Dodson: **A case of central rupture of the perineum.** (British med. journal, 1906, April 14, pag. 859.)
6. Fischer: **Dammnaht-Assistent.** (Wiener med. Presse, 1906, Nr. 11.)
7. v. Franqué: **Weitere Bemerkungen zum Schambeinschnitt nach Gigli.** (Prager med. Wochenschr., 1906, Nr. 14, pag. 179.)
8. Guerdjikoff: **Über die Ruptur der Varizen der Vulva etc.** (Revue méd. de la Suisse rom., 1906, Nr. 4. Referat in der Deutschen Medizinalzeitung, 1906, Nr. 52.)
9. Hellier: **Rupture of the vagina in labour.** (British med. journal, 1906, Oct. 6, pag. 865.)
10. Henkel: **Über die Pubiotomie.** (Zeitschr. f. Geburtsh., Bd. LVII, pag. 113.)
11. Henkel: **Diskussion zu obigem Vortrag.** (Zeitschr. f. Geburtsh., Bd. LVII, pag. 475 ff.)
12. Hocheisen: **Betrachtungen über 16 Pubotomien etc.** (Arch. f. Gyn., Bd. LXXX, H. 1.)
13. Kannegießer: **Beitrag zur Hebotomie.** (Arch. f. Gyn., Bd. LXXVIII, H. 1.)
14. Lehmann: **Über Geburten mit übelriechendem Fruchtwasser.** (Arch. f. Gyn., Bd. LXXVIII, pag. 198.)
15. Mond: **Sitzungsbericht der Geburtshilflichen Gesellschaft zu Hamburg.** (Zentralbl. f. Gyn., 1906, pag. 636.)
16. Owen: **Injuries during labour.** (British med. journal, 1906, March 10, pag. 557.)
17. Pfannenstiel: **Diskussionsbemerkungen.** (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., XXIV, pag. 415.)
18. Reifferscheid: **Zur Indikation und Technik der Pubiotomie.** (Zentralbl. f. Gyn., 1906, Nr. 12, pag. 351.)
19. Rühl: **Über Gefahren der Pubiotomie etc.** (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., XXIV, pag. 299.)

[1]) Einige Sammelreferate über die Literatur des Jahres 1906 folgen in den nächsten Heften. D. Red.

20. Saks: **Ein zweimaliges Vorkommen eines Scheidengewölberisses etc.** (Zentralbl. f. Gyn., 1906, Nr. 17, pag. 480.)
21. Scheib: **Über die Heilung der Wunden nach Giglischem Schambeinschnitt.** (Deutsche med. Wochenschr., 1906, Nr. 43/44.)
22. Scheurer: **Über Zervixverletzungen bei Primiparen.** (Arch. f. Gyn., Bd. LXXVII, pag. 581.)
23. Schröder: **Sitzungsbericht der Niederrhein.-Westfäl. Gesellschaft für Gynaekologie.** (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., XXIII, pag. 859.)
24. Seitz: **Zur Frage der Hebotomie.** (Münchener med. Wochenschr., 1906, Nr. 41/42.)
25. Seitz: **Sitzungsbericht des Ärztlichen Vereins in München.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1906, Nr. 40, pag. 1648.)
26. Sellheim: **Hebotomie oder Symphyseotomie?** (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., XXIII, pag. 362.)
27. Shipps: **A factor in perineal lacerations.** (New York Medical Record, 1906, Febr. 17, pag. 261.)
28. Walcher: **Über die Unzweckmäßigkeit der seitlichen Damminzisionen.** (Württemberger med. Korrespondenzbl., 1906.)

Nachdem die Genitalwunden der Wöchnerinnen im Berichtsjahre eine eingehende Bearbeitung im Winckelschen Handbuch der Geburtshilfe (III. Band, II. Abtlg., Kapitel 1) durch R. v. Braun-Fernwald gefunden haben, kann es sich hier nur darum handeln, die übrigen im Jahre 1906 erschienenen Arbeiten zusamenfassend zu besprechen.

Die puerperalen Verletzungen der Zervix haben neuerdings lebhafteres Interesse auf sich gezogen, nachdem die letzten Jahre gelehrt hatten, daß die dilatierende Methode nach Bossi in erheblichem Bruchteil der Fälle (nach Hammerschlag, Zeitschr. f. Geb., LVI, pag. 351 [1905] in $33^1/_3$%) Zervixrisse im Gefolge habe. Schröder warnt aus diesem Grunde dringend vor der Anwendung des Bossischen Instruments bei nicht eröffnetem Muttermund und erhaltener Zervix; aber auch bei verstrichener Portio (und erhaltenem Zervikalkanal) will die Bonner Frauenklinik das Instrument nicht mehr anwenden. Wo schon so viele Einrisse und Verletzungen gewandten Geburtshelfern begegnet sind, könne man nicht das Instrument dem praktischen Arzt empfehlen.

Die nicht durch Bossi veranlaßten Zervixverletzungen bei Primiparen studierte Scheurer an einem großen Material. Unter 99 Fällen fand er 13 große und 13 komplette Portiorisse, denen 46 mäßige Portiorisse und 27 Einkerbungen gegenüberstehen. Die Frequenz der größeren Portioverletzungen ist eine relativ hohe (in einem Viertel aller untersuchten Fälle durchtrennte ein Riß mehr als die Hälfte der Portio), doch nur relativ selten (3%) ging der Riß bis in die Pars supravaginalis. Ein fast unverletzter Muttermund fand sich nur in 5%. Die wichtigste Rolle bei der Ätiologie spielen operative Eingriffe, nächstdem wirken abnorme Einstellungen des Kopfes begünstigend (Deflexionslagen!). Die stärkere Entwicklung der Kinder scheint insofern von Einfluß zu sein, als bei den größeren Portiorissen das durchschnittliche Kindergewicht um 300*g* größer gefunden wurde als bei leichteren Verletzungen. Ferner wirken begünstigend abnorm hohes Alter durch Vermehrung der Rigidität, andrerseits Placenta praevia durch die Zerreißlichkeit des Gewebes. Nicht nachzuweisen war der früher behauptete direkte Einfluß von Beckenverengerungen und des frühzeitigen Blasensprunges auf Zahl und Größe der Portiorisse. Der Sitz war fast immer seitlich, häufiger rechts als links (besonders große Risse meist rechts); Verfasser vermutet, daß bei frühzeitigem Blasensprung die 1. Hinterhauptsstellung das Zustandekommen einer rechtseitigen Portioverletzung begünstige (und umgekehrt). Die Symptome bestehen höchstens in Blutung, doch durchaus nicht immer und oft nur in geringem

Grade; jedenfalls steht dieselbe nicht im Verhältnis zur Größe der Verletzung. Nachteilige Folgen der Verletzung im Sinne einer Verschlechterung der Morbidität im Wochenbett oder einer Verzögerung der Involution des Uterus ließen sich nicht feststellen.

Fälle von Scheidengewölberiß wurden mehrfach berichtet. Owen beobachtete einen großen penetrierenden Riß im rechten Fornix vaginae, durch den eine Dünndarmschlinge vorgefallen war, bei einer IX-para, bei der das Kind bei starken Wehen aus Vorderhauptslage mit der Zange (Indikation?) „ohne jede Schwierigkeit“ entwickelt wurde; hinsichtlich der Pathogenese denkt Owen an die Kombination eines sehr starken Hängebauches — wodurch die hintere Scheidenwand stark gespannt wird — mit der abnormen Kopfstellung und den starken Wehen. Der Fall kam unter konservativer Behandlung zur Heilung. In Helliers Fall hörten 20 Stunden nach Beginn die Wehen auf, Kreißende empfand einen plötzlichen Schmerz im linken Hypochondrium(?), doch trat sonst keine auffallende Veränderung ein. Ein Arzt machte eine Beckenausgangszange. Erst nach zwei Tagen wurde Hellier zugezogen, er fand einen großen Querriß im hinteren Scheidengewölbe mit Darm- und Netzvorfall. Er empfiehlt Naht und Gazedrainage, bei in die Bauchhöhle ausgetretenem Kinde Laparotomie. Campbell und Levis berichten 2 Fälle, in denen bei der Sektion ein Querriß, das eine Mal im vorderen, das andere Mal im hinteren Scheidengewölbe gefunden wurde. Die erste Frau ging am 3. Tage an Darmokklusion zugrunde, es fanden sich im Darm 61 Askariden; die Geburt war wegen langer Dauer nach $2^1/_2$ Tagen mit der Zange beendet worden, bei der (manuellen) Plazentarlösung war nichts aufgefallen(!). Die zweite Frau, eine IV-para mit plattem Becken, wurde nach sechstägiger Geburtsarbeit durch hohe Zange entbunden. In beiden Fällen sei die Verletzung nicht der Zangenoperation zur Last zu legen, da sie in der Mittel- (d. h. wohl Sagittal-) Ebene sich befand(? vgl. oben „Querriß“) und die Extraktion ohne Schwierigkeit erfolgte. Mond sah bei einer 30jährigen Mehrgebärenden einen großen, das ganze linke Scheidengewölbe durchsetzenden Riß, der bis unter das Peritoneum reichte, nachdem ein totes Kind im im 9. Monat spontan geboren war. Es ist ihm nicht möglich, hier an eine Spontanruptur zu glauben, zumal die nicht ausgetragene Frucht tot war und bei dem weiten Becken leicht geboren wurde; er denkt an irgend eine Manipulation der Hebamme.

Ist schon die vollständige Genesung einer Frau nach einem solchen penetrierenden Riß mit Darmprolaps als seltener Glückszufall anzusehen, so kann Saks seinen Fall mit Recht als Unikum bezeichnen, bei dem es zu zweimaligem Eintritt desselben fatalen Ereignisses — das zweite Mal blieb das Peritoneum uneröffnet — und zweimaliger Heilung kam, und der auch in den Sammelreferaten dieser Zeitschrift von Meyer-Ruegg (über „Uterusruptur“, vergl. Gynäk. Rundschau, 1907, Heft 8) und Heymann (über „Erkrankungen der Scheide“, vergl. Gynäk. Rundschau, 1907, Heft 17) Erwähnung fand. Das erste Mal bemerkte der Arzt bei der 37jährigen IX-para (plattes Becken, Diagon. $9^1/_2\,cm$) nach der Extraktion des Kindes aus Fußlage das Hervortreten von Darmschlingen. Saks fand eine fast vollständige Kolpaporrhexis, der Uterus hing mit der Scheide nur durch die schmale Gewebsbrücke des vorderen Gewölbes zusammen; nach Tamponade erfolgte Heilung. Ob es sich um eine violente oder spontane Ruptur handelt, läßt Saks unentschieden, neigt jedoch der letzteren Ansicht zu. Vorsichtshalber wurde die Frau zu ihrer nächsten Entbindung nach 3 Jahren ins Krankenhaus bestellt; hier erfolgte unter ärztlicher Kontrolle der Riß spontan.

Einen breiten Raum in der Literatur des Berichtsjahres nimmt die Erörterung über diejenigen Scheidenrisse ein, die nach Ausführung und im Gefolge der Hebosteotomie, auftreten. Seitz stellt die Prognose „ernst“, da es sich um eine komplizierte

Fraktur handelt und eine Infektion sehr leicht möglich ist, Henkel nennt sie „verhängnisvoll“, auch Brenner sieht in ihnen eine „bedeutende Gefahr“, da die exakte Naht an der Vorderseitenwand nicht so leicht auszuführen sei; bliebe aber die Wunde offen oder gehe sie wieder auf, so sei einer gefährlichen Infektion Tür und Tor geöffnet. Ähnlich urteilen andere Autoren, nur für Scheib haben die Scheidenrisse, selbst die kommunizierenden, nicht diese deletäre Bedeutung. Selbst bei Infektion hält Scheib sie einer glatten Ausheilung fähig.

Viel weniger Übereinstimmung als hinsichtlich der Prognose herrscht über den Entstehungsmodus, und entsprechend diesen verschiedenen Ansichten variieren auch die Ratschläge über das zweckmäßigste Verfahren zur Vermeidung dieser Komplikation. Aufänglich sah man die Scheidenverletzungen hauptsächlich bei Erstgebärenden; so kam es, daß man als ätiologisches Moment die Enge des Scheidenrohres anschuldigte. Hieraus resultierte der Vorschlag (u. a. Blumreich), nach Ausführung der Hebotomie den spontanen Verlauf abzuwarten, damit eine allmähliche Dehnung erfolge, andrerseits versuchte man (Reeb, Münch. med. Wochenschr., 1905) eine künstliche Dehnung durch Kolpeuryse herbeizuführen oder durch große Scheidendamminzisionen (Dührssen, Berl. klin. Wochenschr., 1905, und Reifferscheid, s. o.) Platz zu schaffen. Nach v. Franqué lassen sich bei Erstgebärenden auch bei abwartendem Verfahren nach der Knochendurchsägung Scheidenzerreißungen nicht ganz vermeiden, nach Rühl gilt dasselbe von den dreisten Scheidendamminzisionen. Kannegießer endlich sah 3 Scheidenrisse, obgleich mit dem Kolpeurynter vorgearbeitet war, von denen 2 Mehrgebärende betrafen, andrerseits blieben 4 Erstgebärende ohne jede Scheidenverletzung. Nach Kannegießer ist zu einem großen Teile das zu weite oder zu rasch erfolgende Auseinanderweichen der Knochenenden schuld, nach Henkel und Rühl hat man auch daran zu denken, daß die vorstehenden Knochenenden das Zustandekommen eines Scheidenrisses ungemein erleichtern, respektive daß die scharfen Ränder die Scheidenwand direkt durchschneiden. Aus diesem Grunde will Rühl prophylaktisch, um die Blase zu schützen, dieselbe ablösen und in die Höhe schieben. Auf ein sehr wichtiges Moment, nämlich den veränderten Geburtsmechanismus, hat Sellheim aufmerksam gemacht. Nach seinen experimentellen Feststellungen dreht sich nämlich — nach der Hebotomie wie nach der Symphyseotomie — das Kreuzbein zwischen den Hüftbeinen um eine quer durch die Articulationes sacroiliacae gehende Achse, wodurch die Kreuzbeinbasis nach hinten und die Kreuzbeinspitze nach vorn bewegt wird. Dadurch erhält das Becken eine Art Trichterform. Der Kopf tritt alsdann quer durch das Becken; erfolgt die Drehung des querstehenden Kopfes in den geraden Durchmesser des Beckenausganges zu schroff, so erfolgt die Zerreißung (vgl. darüber auch Scheib). Pfannenstiel sieht den Anlaß zur Scheidenzerreißung in dem Umstande, daß nach der Durchtrennung des vorderen Beckenhalbringes die dahinter gelegenen Weichteile ihren Schutz verloren haben und daher bei Mißverhältnis zwischen Kopf und Scheide der Ruptur ausgesetzt sind, natürlich bei Erstgebärenden mehr als bei Mehrgebärenden. Wichtig ist auch nach Pfannenstiel, daß bei der Zangenextraktion (nach Hebosteotomie) der Kopf nicht vorn herum in scharfem Bogen um die Symphyse herausgeleitet werden darf, sondern mehr hinten herunter; sonst könnten die Knochenränder direkt die Scheide von innen nach außen durchschneiden (vgl. Rühl). Hocheisen endlich legt erheblichen Wert auf die Konfiguration des Kopfes.

Die Kasuistik der Damm- und Vulvaverletzungen erfuhr eine Ergänzung durch Dodson und Guerdjikoff. Ersterer sah bei einer 21jährigen I-para eine zentrale

Dammruptur, durch die das Kind und später auch die Plazenta geboren wurden. Es entstand ein in der Mittellinie über 12 *cm* langer Riß, der sich auf der linken Seite der Vulva noch 5 *cm* weit schräg fortsetzte und sich beinahe 4 *cm* seitlich vom Anus erstreckte, Vulva und Anus selbst blieben unversehrt; die Ätiologie ist dunkel. Guerdjikoff verlor eine Patientin an den Folgen einer äußerlichen Geburtsverletzung; das ganze Vestibulum bildete eine von verschieden großen Öffnungen bienenwabenartig durchsetzte Wunde (diesen Eindruck machten die eröffneten Lumina der varikösen Venen), die Frau, eine 28jährige III-para, die in äußerst rascher Spontangeburt ein 3170 *g* schweres Kind zur Welt gebracht hatte, ging an extremer Anämie zugrunde.

Über die Ätiologie der Dammrisse im allgemeinen verliert man heutzutage kein Wort mehr; man sollte es kaum für möglich halten, daß in einer angesehenen Zeitschrift, dem New York Medical Record, ein Artikel erscheint, der die Kollegen auf die Wichtigkeit des Nichtpressens während des Durchschneidens des Kopfes aufmerksam machen zu müssen glaubt (Shipps)!

Zur Prophylaxe des Dammrisses stehen uns zwei Wege zur Verfügung: Zunächst versuchen wir mit allen Kräften die Integrität der Weichteile zu erhalten: so entstanden mehrere Methoden des sogenannten Dammschutzes. Sehen wir dann im gegebenen Augenblick, daß eine Ruptur unvermeidlich ist, so schaffen wir durch eine Inzision, deren Heilungstendenz günstiger ist, genügenden Platz. Der Streit, ob man besser seitlich oder in der Mitte den Damm einschneidet, schien nun seitens der meisten Geburtshelfer zugunsten der seitlichen Inzision entschieden; Walcher empfiehlt die mediane Inzision, bei der die durchschnittenen Fasern des Sphincter cunni sich nicht retrahieren können.

Eine neue Methode des Dammschutzes empfiehlt Apfelstedt, die sich ihm bei einigen Hundert Erstgebärenden bewährt haben soll. Sie besteht darin, daß „bei jeder Wehe die mit den Fingerspitzen in der Furche zwischen Hinterhaupt und Schambogen aufgesetzten 4 Finger der rechten Hand die Weichteile unter dem Arcus pubis kräftig nach innen zurückstreifen, um den kindlichen Nacken zu erreichen, während die linke Hand, die zuerst am Hinterdamm mit je 2 Fingern rechts und links vom Steißbein, etwa an der Grenze von Scheitel- und Stirnbeinen lag, nachgreift, um an die Vorderfläche der Stirnbeine zu kommen; ist das erreicht, so balanziert der Kopf zwischen den Händen des Geburtshelfers und steht vollständig in deren Gewalt“.

In der Frage der Behandlung von Dammrissen war vor einigen Jahren von K. Hegar angeregt worden, von einer Naht Abstand zu nehmen, wenn Zeichen von Infektion vorhanden sind, da dann die Naht eine erhebliche Prädisposition zu schwerer Puerperalerkrankung schaffe, andrerseits ungenähte Dammrisse häufig ein gutes funktionelles Resultat gäben. Hierzu nimmt neuerdings Lehmann ganz entschieden im Sinne einer sofortigen Nahtanlegung Stellung. Lehmann sah von 12 genähten Rissen bei übelriechendem Fruchtwasser 4 per primam zur Heilung kommen.

Eine neue Nahtmethode für komplete Dammrisse empfiehlt Apfelstedt. Er verzichtet auf die dreiseitige Naht, schließt vielmehr die Wunde in einer Etage mit tiefgreifenden Nähten, deren oberste die Scheidenränder, deren unterste die Mastdarmränder zusammenbringt, während Zwischennähte die Gebilde des Dammes vereinigen. Die Anlegung erfolgt mit doppelt armiertem Faden in der Weise, daß jede Nadel in der mittleren Berührungslinie der beiden Wundflächen eingestochen wird. Dasselbe Prinzip bringt Apfelstedt auch bei einfachen Scheidendammrissen zur Anwendung.

Als Unterstützungsmittel bei der Ausführung der Dammnaht hat sich Fischer ein von Koller angegebenes Instrument, „Dammnaht-Assistent“, ausgezeichnet bewährt.

Es besteht aus 4 einzelnen Branchen, die je 2 gekreuzt eine Klemme bilden; die beiden Klemmen können dann ihrerseits zu einem einheitlichen Instrument zusammengesetzt werden, das eine gute Orientierung ermöglicht und die korrespondierenden Teile bis zur Vollendung der Naht fixiert.

Aus fremdsprachiger Literatur.

Aus der französischen Literatur.

Revue de Gynécologie et de Chir. abdomin. Nr. 6. Nov.-Dez. 1906. Contribution à l'étude de la torsion des hématosalpinx compliquant les atrésies vaginales congénitales, par M. Chaput.

Bei einem 20jährigen Mädchen wurde eine Hämatometra infolge angeborener Atresie des Hymen durch Inzision des letzteren entleert, wobei sich etwa 1 Liter Blut entleerte. Als nach 2 Tagen wegen schlechten Allgemeinbefindens die Kranke laparotomiert wird, findet man die rechte Tube, deren Stiel sechsmal um sich selbst gedreht war, faustdick geschwollen, gangränös und perforiert. Die mit Blut gefüllte linke Tube zeigte ebenfalls mehrfache Stieldrehung. Exitus. In einem zweiten Fall war die Scheide weit obliteriert und es mußte zwischen Mastdarm und Scheide 6 *cm* weit eingeschnitten werden, bis man die Hämatokolpos erreichte. Es entleerten sich $1^1/_2$ Liter alten Blutes. Tod am 3. Tag. Die Sektion ergab einen 2hörnigen Uterus, Hämatosalpinx und Stieldrehung der linken Tube. Auf Grund dieser beiden Fälle empfiehlt Verfasser bei allen Fällen von Hämatokolpos, nach Entleerung des Blutes von der Scheide aus zur Punktion oder Entfernung der bluthaltigen Tuben die Laparotomie anzuschließen.

Rapports réciproques des Epithéliomas de l'utérus et de l'ovaire, par Albertin et Jambon.

Viel seltener als Ovarialmetastasen nach primärem Uteruskarzinom, sind Metastasen primärer Ovarialkarzinome im Uterus. Bei einer 57jährigen Mehrgebärenden wurde der myomatöse Uterus und ein solider Ovarialtumor durch Laparotomie entfernt. Die Untersuchung ergab ein Zylinderzellenkarzinom des Ovariums Außardem fanden sich in der Uterusmuskulatur zerstreut kleine solide, aus Epithelzellen bestehende Herde, die Verfasser für metatische Karzinomherde halten.

De la Tuberculose herniaire et vagino-peritonéale, par G. Cotte.

C. gibt an der Hand von 5 eigenen und 86 aus der Literatur zusammengestellten Fällen eine detaillierte Beschreibung der Entstehung und Behandlung der Peritonealtuberkulose der Bauchbrüche.

La Pancréatite aigue hémorragique avec stéatonécrose disséminée, par Ch. Lenormand et P. Lécène.

Fall von Pancreatitis acuta mit tödlichem Ausgang. Ausgedehnte Fettgewebsnekrose des Netzes.

Revue de Gynécologie et de Chir. abdomin. N. 1, 1907.

Tuberculose d'un adénomyome de l'utérus, par Archombault et Pearce.

Bei einer 20jährigen 0-para, die an Lungentuberkulose litt, wurde wegen mandarinengroßen Uterustumors die supravaginale Amputation gemacht. Es fand sich ein Adenomyom des Fundus, das ebenso wie die rechte Tube von zahlreichen Tuberkeln durchsetzt war. Die Tuberkulose der Genitaltumoren ist selten.

Tuméfaction des ovaires dans la môle hydatiforme, par Goullioud.

Bei einer 25jährigen III-para wird neben einer Traubenmole des 4. Monats rechts und links vom Uterus je ein kindskopfgroßer beweglicher Tumor konstatiert. Die Tumoren werden nach Eintritt des Aborts langsam kleiner und sind nach 2 Monaten völlig geschwunden. 2 Jahre später neue Schwangerschaft, die im 4. Monat durch Abort endigt. Keine Veränderungen an den Adnexen. Patellani hat 44 Fälle zusammengestellt, in denen gleichzeitig mit Traubenmole vorhandene meist doppelseitige Ovarialtumoren durch Operation entfernt wurden. Verfasser glanbt auf Grund seiner Beobachtung, daß man die zystische Degeneration oder besser „zystische Anschwellung“

der Ovarien, welche die Traubenmole oft begleitet, expektativ und nur in Notfällen (Stieldrehung etc.) durch Operation behandeln soll. Meist handelt es sich ja um ganz junge Frauen und eine spätere Schwangerschaft ist durchaus möglich.

La gynécologie dans l'iconographie antique, par Regnault. Interessante Studie gynaekologischer Erkrankungen mit zahlreichen Photographien nach Statuen, die in Smyrna gefunden wurden und die dem zweiten Jahrhundert vor Christi Geburt entstammen.

Enorme Kyste hématique du rein d'origine néoplasique, avec rate flottante, par Gouget et Savariand.

Bei einer 45jährigen Frau wird ein rasch wachsender Tumor der die Milz ganz nach rechts verdrängt hat, konstantiert und durch Laparotomie entfernt. Es handelte sich um eine 4—5 Liter Blut enthaltende, zum großen Teil karzinomatös degenerierte Zyste, die vom unteren Pol der linken Niere ausging. Nach einem Jahr Rezidivtumor in der Bauchwunde, der sich bis ins Nierenlager erstreckt. Zehn Monate nach der Rezidivoperation Symptome von Wirbelsäulenmetastasen.

Revue de Gynécologie, Nr. 2, 1907, Mars-Avril.

Du cancer de l'ovaire au cours de l'évolution des cancers de l'éstomac, de l'intestin et des voies biliaires, par M. Goullioud.

Sekundäre Ovarialkarzinome entstehen häufig im Anschluß an primäre Karzinome des Magens, Darmes und der Gallenwege. Fall 1: Bei einer 48jährigen Frau wird wegen Darmverschluß ein künstlicher After angelegt und nach einigen Wochen auf abdomino-perinealem Weg ein Karzinom des Dickdarms entfernt. Nach 14 Monaten Entfernung eines metastatischen Ovarialkarzinoms, das fast bis zum Rippenbogen reichte. Tod nach 8 Monaten an Rezidiv. Fall 2: Wegen tuberkulöser Darmstriktur Enteroanastomose. Nach 2 Jahren Pylorusresektion wegen Karzinoms, nach einem weiteren Jahr Entfernung eines metastatischen Ovarialkarzinoms, nach 8 Monaten Exitus an Rezidiv. Fall 3: In der Annahme eines Ovarialkarzinoms wird bei einer 42jährigen Frau die Laparotomie gemacht und dabei ein ringförmig sitzendes stenosierendes Karzinom der Flexur neben dem Ovarialtumor bemerkt nnd entfernt. Nach 15 Monaten Tod an Rezidiv. Fall 4: Bei der Autopsie werden bei einer 45jährigen Frau 2 mächtige karzinomatöse Ovarialtumoren nach primärem Pyloruskarzinom entdeckt. Histologisch ließ sich nicht in allen Fällen erkennen, welches der Primärtumor war. Jedenfalls soll man bei doppeltseitigem Ovarialkarzinom nicht versäumen, Magen, Darm und Gallenwege bei der Operation zu inspizieren und vice versa!

Les kystes de l'utérus, par Salo Mercadé.

Hugier hat im Jahre 1847 zuerst über die Zysten des Uterus geschrieben. Mercadé unterscheidet Zysten mit schleimigem, serösem und blutigem Inhalt und endlich embryonale Zysten. 1. Die Schleimzysten der Korpusschleimhaut sind selten (7 Fälle). Sie kommen meist multipel vor, hauptsächlich bei älteren Frauen; sie können Haselnußgröße erreichen, sind mit Plattenepithel ausgekleidet und machen keine Symptome. 2. Häufiger ist der Echinococcus uteri, der primär und sekundär auftreten kann. Die Einwanderung kann auf dem Blut- oder Lymphwege oder auch von der Scheide aus erfolgen (Freund). Meist ist die Korpusmuskulatur der Sitz der Erkrankung. Die Zysten werden kaum größer als eine Orange und wachsen sehr langsam. Es genügt sie zu exzidieren und eventuell die Kapsel auszuschälen. 3. Die vom Wolfschen Gang ausgehenden Zystadenomyome, die Recklinghausen zuerst studiert hat — in der französischen Literatur finden sich erst 2 solcher Fälle. 4. Die sogenannten serösen Zysten, die sehr voluminös werden können, sie sind wahrscheinlich ebenfalls auf embryonale Gänge zurückzuführen. 5. Die Blutzysten kommen am seltensten zur Beobachtung. Sie entstehen entweder durch Umwandlung vorhandener Zysten oder stellen Komplikationen von Angiomen dar.

Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. Janvier 1907.

La Tuberculose hypertrophique et sténosante de l'urèthre chez la femme, par H. Hartmann.

27jährige Frau hat seit 6 Jahren Beschwerden beim Wasserlassen und wird schon ebenso lange erfolglos behandelt. Sie muß nachts oft 12mal unter Schmerzen Urin lassen. Die Harnröhrenöffnung stellt einen schmalen Spalt dar und mündet auf einem 2 *cm* hohen Wall, der die kleinen Schamlippen überragt und mit verdickter Schleim-

haut überzogen ist. 2 *cm* hinter der Mündung ist die Harnröhre stenosiert und auch für die dünnste Sonde undurchgängig. Der Urin ist klar. Die Harnröhre wird dann bis zu der stenosierten Stelle gespalten und nun gelingt es, eine ganz feine Sonde einzuführen; die Stenose ist 4 *cm* lang. Entfernung dieser ganzen Partie. Naht. Glatte Heilung bei sofortiger Kontinenz. Die mikroskopische Untersuchung ergibt Tuberkulose der Submukosa als Ursache der kolossalen Verdickung derselben.

Hémorragies du système nerveux central des nouveau nés dans les accouchements terminés par le forceps, par A. Mouvelaire.

Unter 70 ausgetragenen neugeborenen Kindern, die in den letzten Jahren in der Klinik Baudelocque zur Sektion kamen, fand Verfasser 10 Fälle, bei denen Blutungen ins Rückenmark und die Medulla oblongata konstatiert wurden, häufig begleitet von Kleinhirnblutungen. 7mal nach Zangenentbindungen, 1mal nach einer Extraktion am Steiß und 2mal bei Nabelschnurkompression. Bei den Zangen handelte es sich stets um sehr schwierige und langdauernde Extraktionen bei engem Becken. Das Großhirn war in allen Fällen frei von Blut. Instruktive Abbildungen sind der Arbeit beigegeben.

Opération de Porro chez une femme achondroplasique césarotomisée pour la quatrième fois, par M. M. Frühinsholz et G. Michel.

31jährige VII-p. Vera 6 *cm*. 2mal Perforationen vorausgegangen, bei der 3., 4. und 5. Geburt Sectio caesarea, wodurch 3000 *g*, 2700 *g* und 1800 *g* schwere Kinder erzielt wurden. In der 6. Gravidität Abort im 5. Monat, anscheinend infolge der durch zahlreiche Adhäsionen erschwerten Ausdehnbarkeit des Uterus, die mit jeder Operation zugenommen hatten. Am Ende der 7. Gravidität 3000 *g* schweres lebendes Kind durch Sectio caesarea und Abtragung des Uterus. Heilung.

Les abscès de l'utérus, par S. Mercadé.

Mercadé stellt 41 Fälle von Uterusabszeß zusammen und gibt an der Hand dieses Materials eine erschöpfende Darstellung über Ätiologie und Pathologie der Erkrankung. In der Hälfte der Fälle waren es puerperale, 4mal gonorrhoische Abszesse, mehrmals fanden sich tuberkulöse oder operative Eingriffe als Ursache der Erkrankung. Die akuten Abszesse sind viel häufiger als die chronischen. Ihr Lieblingssitz sind die Uterushörner infolge ihres Reichtums an Lymphbahnen. Die Infektion erfolgt durch die ulzerierte oder auch nicht ulzerierte Schleimhaut. Die Abszesse sind meist subserös, viel seltener intramural und submukös. Der Ausgang ist zweifelhaft, häufig erfolgt Durchbruch in die freie Bauchhöhle, seltener in Nachbarorgane und nach dem Uteruskavum. In allen Fällen ist für die frühzeitige Eröffnung der Abszesse Sorge zu tragen.

Les greffes néoplasiques, par Hartmann et Lecène.

Für die Übertragung der Geschwülste durch Kontaktinfektion liegen nur wenig beweisende Fälle vor. Den bekannten Beobachtungen Kaufmanns, Bergmanns und anderer fügt Hartmann 4 eigene Beobachtungen bei. Im ersten Fall handelt es sich um ein primäres Zylinderzellenkarzinom der Zervix und um eine durch gesunde Schleimhaut davon getrennte Ulzeration auf der hinteren Scheidenschleimhaut, die mikroskopisch dasselbe Bild zeigt wie der Primärtumor. Verfasser nimmt direkte Überimpfung durch Berührung an, da er Krebszellen in Lymphbahnen zwischen den beiden Tumoren nicht hat nachweisen können. Im 2. Fall wurde ein Cystadenoma pseudomucinosum ovarii operiert und 6 Jahre später ein mikroskopisch analoger, mannskopfgroßer Tumor des Netzes entfernt. Im 3. Fall trat 6 Monate nach der abdominalen Entfernung des Uterus wegen Kollumkarzinoms eine gänseeigroße Geschwulst in den Bauchdecken auf, die bei der Operation dem oberen Rand des Os pubis fest aufsitzend gefunden wurde. Mikroskopisch Plattenepithelkarzinom wie der Primärtumor. Beide Tumoren sollen durch bei der Operation verschleppte Karzinomzellen entstanden sein. Fall 4: Bei einer 50jährigen Frau waren 2mal mikroskopisch gutartige große Zottenpolypen der Vesica durch Sectio alta entfernt worden. Nach kurzer Zeit wird ein gestielter Polyp an der Harnröhrenmündung mit dem Thermokauter und gleichzeitig durch Sectio alta große Geschwulstmassen aus der Blase entfernt. Letztere sowohl wie der Polyp zeigten das Bild eines malignen Epithelioms. Abbildungen und Literatur.

Grossesse dans un utérus double prise pour une grossesse extra-utérine, par P. Mantel.

30jährige, V-p., 4 normale Geburten. Seit Beginn der 5. Schwangerschaft Schmerzen in der rechten Seite. Der Uterus ist leer und vor ihm eine harte unbewegliche Geschwulst

von Faustgröße. Es wird Grav. extrauterina angenommen. Die Geschwulst wächst und am Ende der Gravidität wird die Laparotomie gemacht. Beim Einschneiden der vermeintlichen Fruchtblase erkennt man, daß es sich um Schwangerschaft im Uterus duplex handelt. Nach 2 Tagen Spontangeburt eines 45 *cm* langen lebenden Kindes. Die in den Uterus eingeführte Hand findet in der Höhe des inneren Muttermundes nach links und hinten eine Öffnung, die für den Finger durchgängig ist und in die zweite leere Uterushöhle führt. Glatte Heilung.

Annales de Gynécologie et d'Obstétrique. Mars 1907.

Variole et Grossesse, par Queirel.

Queirel berichtet über 19 Pockenfälle schwangerer Frauen. Er kommt unter Berücksichtigung von 200 analogen Fällen aus der Literatur zu folgenden Schlüssen: Gesamtmortalität der Mütter 38%, Eintritt des Abortus in 44%. Bei der konfluierenden Form der Pocken allein ist das Verhältnis wesentlich ungünstiger: Todesfälle der Mütter 48%, Aborte 52%. Bei der hämorrhagischen Form findet er unter 30 Fällen 28 Aborte und 29 Todesfälle.

Étude sur quelques points concernant les troubles urinaires dans la rétroversion de l'utérus gravide, par Trillad.

Kritische Arbeit über die Ursache der Blasenbeschwerden bei der Retroversio uteri gravidi an der Hand von 2 Beobachtungen aus der Klinik Pollosson, Lyon. Die Portio stand in beiden Fällen 7 *cm* über dem oberen Symphysenrand. Die Harnröhre wurde auf Grund digitaler Messung auf 8—9 *cm* lang bestimmt, daran schloß sich eine 7 *cm* lange trichterförmig nach oben weiter werdende Partie der Blase an und dann kam man erst in die Blasenhöhle. Von hier aus fühlte man deutlich die Blasenwand vorwölbend die Portio vaginalis. Es handelte sich beidemal um im 5. Monat gravide Uteri, deren Vorderwand zum Teil schon ins große Becken hineinragte. Trillad verwirft als Ursache für die Urinretention gleicherweise die Verlängerung der Harnröhre, den Verschluß der Harnröhre und des Blasenhalses durch die Portio, das Ödem der Portio und die primäre Paralyse der Blasenwand durch Kompression der Nerven. Er glaubt mit Pollosson, daß die Portio wie eine Klappe auf den obengenannten Blasentrichter wirke; dazu komme der intravesikale Druck und schließlich die Elastizität der gedehnten Vaginal- und Vesikalwände, welche das Collum uteri nach vorn und unten zu ziehen versuche. Wenn man in diesen Fällen bei gefüllter Blase einen Druck auf den Fornix der hinteren Vaginalwand ausübt, so kommt der Urin im Strahl aus der Harnröhre (Zeichen von Laroyenne).

L'Obstétrique, 1907, Nr. 1.

La ration alimentaire de l'enfant depuis sa naissance jusqu'à l'âge de deux ans, par Michel et Perret. Fortsetzung folgt.

Quelques recherches sur le pouvoir absorbant de la muqueuse vaginale après l'accouchement, par J. Pery.

Pery machte bei Wöchnerinnen Scheidenspülungen mit $^1/_4$‰ Methylenblaulösungen und konnte nach 2 Stunden den Farbstoff jedesmal im Urin nachweisen. Bei Schwangeren fand unter gleichen Umständen eine Resorption nicht statt. Resorptionversuche mit Jodkali und salizylsaurem Natron hatten bei intakter Scheide ein negatives Resultat. Verfasser glaubt, daß bei den Sublimatvergiftungen der Wöchnerinnen infolge Scheidenspülungen mit dem Medikament ähnliche Resorptionsverhältnisse wie bei seinen Methylenblauversuchen stattfinden.

Streptocoque pyogène et infection puerpérale, par Ch. Gonnet.

Gonnet untersuchte nach dem Vorgange Schottmüllers die Sekrete gesunder und kranker Frauen auf den Streptococcus pyogenes durch Züchtung auf Menschenblutagar. Bei 100 am Ende der Gravidität stehenden Frauen fand er ihn niemals im Scheidensekret, den Streptococcus gracilis dagegen 16mal. Im Wochenbett wurde bei denselben Frauen 6mal gracilis und 4mal pyogenes gefunden, letztere litten alle an Wochenbettfieber. Gonnet benutzt diese Erfahrungen in der Praxis so, daß der Wochenfluß jeder Fiebernden auf Blutagar untersucht wird und wenn nach 12—24 Stunden Pyogeneskolonien gewachsen sind, wird die Fiebernde isoliert und in 4tägigen Intervallen ihr Blut in derselben Weise untersucht. In 6 Fällen von positivem Pyogenesbefund im Blut erfolgte jedesmal der Exitus. In 2 weiteren Sepsistodesfällen wurde der Pyogenes in den Lochien, aber nicht im Blut gefunden. Sie erlagen in den ersten

Tagen der Intoxikation von der Uterushöhle, bevor noch die Streptokokken ins Blut übergetreten waren. Collargol war ohne Erfolg, der Fixationsabszeß nach Fochier scheint etwas günstigere Wirkung zu haben.

L'Obstétrique, 1907, Nr. 2.

Contribution à l'étude du déciduome malin (suite), par Trillat et Violet. Ein Teil der Schlußsätze dieser ausführlichen Arbeit lautet: Die epithelialen Elemente des Chorioepithelioms stammen ausschließlich vom Epithel der Chorionzotten. Zwischen der typischen und atypischen Form des Chorioepithelioms ist eine exakte Trennung meist unmöglich. Das Chorioepitheliom entwickelt sich stets im Anschluß an Schwangerschaft, Abort oder Traubenmole. Es kann an der Plazentarstelle (Uterus oder Tube) entstehen oder auch durch Verschleppung von Chorionbestandteilen an ferner liegende Körperstellen. Gewisse Fälle können spontan ausheilen. Häufig findet sich doppelseitige Degeneration der Ovarien.

Quelques réflexions sur le pronostic de la présentation du siège, par Mme. Gaussel-Ziegelmann.

Die allgemeine Ansicht, daß die vollkommene Steißlage eine bessere Prognose für das Kind gebe als die unvollkommene, besteht nicht zu recht. Aus einer Statistik 1904 von Bonnaire, die 507 Steißlagen umfaßt, ersehen wir, daß von 215 Kindern bei vollkommener Steißlage 35 (9·54%) und von 312 unvollkommener nur 31 (6·64%) gestorben sind. Verfasser findet an ihrem Material, das 53 Fälle umfaßt, ähnliche Verhältnisse.

La ration alimentaire de l'enfant depuis sa naissance j'usqu'à l'âge de deux ans (suite), par Michel et Perret. (Fortsetzung folgt.)

Brunet (Magdeburg).

Vereinsberichte.

Aus deutschen Vereinen und Gesellschaften. (Referent H. Palm, Berlin.)

I. In der Gynaekologischen Gesellschaft in Breslau berichtete Herr Schubert am 28. Mai 1907 über den Wochenbettsverlauf von 250 Wöchnerinnen, die er in fortlaufender Reihe nach der von Zweifel angegebenen Methode bald nach der Geburt ausgetupft hatte. Es ergab sich, daß in 108 Fällen flüssiges Blut aber kein Koagulum gefunden wurde: die größten Gerinnsel wurden bei Erstgebärenden beobachtet. In Übereinstimmung mit Zweifel mißt Schubert einem in der Scheide liegenden bzw. aus dem Muttermunde heraushängenden Blutkoagulum eine wesentliche Bedeutung für die Entstehung eines fieberhaften Wochenbettes bei, die Beseitigung derselben ist daher geboten. Trotzdem blieb bei der von Schubert aufgestellten Morbiditätsstatistik die erwünschte günstige Beeinflussung aus. Die Ursache für diese Tatsache erblickt Vortragender in der Methode des Auswischens, da ein einmaliges Austupfen des Scheidengewölbes nicht genügt und bei dem Eingriff Bakterien nach oben verschleppt werden können. Schubert schlägt deshalb vor, das Austupfen durch mehrfach in den ersten 3 bis 4 Tagen vorzunehmendes Ausdrücken des Uterus zu ersetzen. Die Blase muß selbstverständlich vorher entleert sein.

An der Diskussion, die sich vorwiegend mit der augenblicklich wieder aktuell gewordenen Frage des Frühaufstehens der Wöchnerinnen beschäftigte, nahmen die Herren Baumm, L. Fraenkel, Küstner, Schiller und Rosenstein teil. Nach Küstners Ansicht sollen Erstwöchnerinnen bis zur Verheilung der Genitalwunden liegen bleiben, eine gesunde Wiederholtwöchnerin soll schon vom 4. Tage ab zeitweilig aufstehen, da durch die hierbei stattfindende Entleerung von Blut und Gerinnseln die Rückbildung der Genitalien vorteilhaft beeinflußt wird.

In der Frauenklinik der Charité in Berlin sind, wie Herr E. Martin in seinem Vortrage: Zur Wochenbettspflege am 13. Dezember 1907 in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie berichtet, während der letzten Monate an mehreren hundert Fällen die Versuche, Wöchnerinnen bald nach der Geburt, oft schon einige Stunden nachher, den Aufenthalt außerhalb des Bettes für kürzere oder längere Zeit

zu gestatten, nachgeprüft worden. Das Ergebnis war ein recht zufriedenstellendes, da insbesondere durch die hierbei besser geregelte Urin- und Stuhlentleerung die Rückbildungsvorgänge in der Genitalsphäre augenscheinlich günstig beeinflußt wurden; in vielen Fällen war schon am 3.—4. Tage der Eintritt der Lochia alba zu konstatieren; häufig konnten die Frauen, und zwar in recht gekräftigtem Zustande, schon am 6. Tage entlassen werden. Üble Folgeerscheinungen, wie Thrombosenbildung, Neigung zu Senkung oder Verlagerung von Scheide und Uterus u. dgl. wurden nicht beobachtet. Auf eine gute Bandagierung des Unterleibs wurde großes Gewicht gelegt. Selbstverständlich erstreckten sich die Versuche nur auf vollkommen gesunde Wöchnerinnen, die bei der spontan verlaufenen Geburt absolut keine Verletzungen erlitten hatten; die ärztliche Kontrolle war eine sehr scharfe sowohl betreffs der Auswahl der geeigneten Fälle als auch bei der späteren Beobachtung; äußerst wichtig ist hierbei vor allem die möglichst frühzeitige Erkennung eines in der Entwicklung begriffenen infektiösen Prozesses.

Die Diskussion zu Martins Vortrag war eine sehr rege und wurde von den Herren Olshausen, Bokelmann, Wagner, Bröse, Koblanck, Straßmann, Schülein, Müllerheim und Nagel geführt. Der von den einzelnen in kürzerer oder längerer Rede begründete Standpunkt ist durchweg ein ablehnender, da das Wochenbett nach 6 Tagen noch nicht abgeschlossen ist und sich erst später, oft erst nach Wochen, allerhand Schäden einstellen. Demgegenüber betont Herr Bumm, aus dessen Klinik die Versuche stammen, daß weder der Vortragende noch er auf Grund der günstigen Versuchsergebnisse beabsichtigen, eine allgemeine Einführung dieser Maßnahmen in die Praxis zu befürworten, für ihn sei es bei der starken Überfüllung der Wochenstation in der Charité darauf angekommen, festzustellen, wie weit unter genauester ärztlicher Kontrolle in der Klinik von dem bisherigen Wochenbettsregime ohne Schaden für die Wöchnerin abgewichen werden kann, und die von anderer Seite ohne vorherige Nachprüfung dagegen vorgebrachten Einwendungen vermöge er nicht anzuerkennen.

Die Erkenntnis, daß zur Ergreifung wirksamer prophylaktischer Maßnahmen zur Verhütung des Wochenbettfiebers ein tieferes Verständnis der bei der Infektion sich abspielenden Vorgänge nötig ist, hat während der letzten Jahre zu einem genauen Studium der Streptokokkenfrage geführt, über deren heutigen Stand Herr Zangemeister im Verein für Heilkunde zu Königsberg am 4. Februar 1907 berichtete. Auf Grund der Arbeiten von Natwig, Scheib, Schenk, Zangemeister u. a. ist der Beweis erbracht, daß die früher angenommene Stammesverschiedenheit der Streptokokken nicht besteht. Der Nachweis der Arteinheit der Streptokokken war für die Bestrebungen einer künstlichen Immunisierung des Menschen gegen Streptokokken höchst wichtig; indessen hat die praktische Erfahrung ergeben, daß eine aktive Immunisierung, die im Tierkörper unter bestimmten Bedingungen sich erzielen ließ, beim Menschen therapeutisch noch nicht mit Erfolg herangezogen werden kann. Auch betreffs des Wertes der passiven Immunisierung, d. h. der Übertragung eines künstlich hergestellten Immunserums auf den Menschen bei bereits bestehender septischer Erkrankung kommt Zangemeister auf Grund seiner umfangreichen experimentellen Studien und klinischen Erfahrungen vorläufig noch zu einem negativen Resultat, da ein wirksames Serum bisher noch nicht gefunden ist. Dasselbe kann nur mit Hilfe einer Tierart, für welche menschenvirulente Streptokken ebenfalls stets virulent sind, gewonnen werden. Vielleicht läßt sich nach Zangemeisters Ansicht ein solches wirksames Serum von Menschen, die sich im Rekonvaleszentenstadium nach schwerer Streptokokkeninfektion befinden, gewinnen.

Im Gegensatz zu diesem negativen Standpunkte stehen die Angaben vieler Beobachter, die bei der Anwendung von Streptokokkenserum in Fällen schwerster Infektion gute Erfolge gesehen haben, wie dies in der Diskussion zu einem anderen, dasselbe Thema behandelnden Vortrage Zangemeisters in der Ost- und westpreußischen Gesellschaft für Gynaekologie am 15. Juni 1907 von Herrn Schroeder betont wurde.

Auch in der Frauenklinik zu Greifswald wurde sowohl mit dem Menzerschen Serum als auch mit dem Kollargol bei intravenöser wie auch rektaler Applikation, allerdings im Verein mit anderen therapeutischen Mitteln vielfach Heilung erzielt, worüber uns ein Vortrag des Herrn Hadra „Zur Kollargolbehandlung septi-

scher Prozesse", in der Pommerschen gynaekologischen Gesellschaft am 12. Mai 1907 belehrt. Das Kollargol wurde in einer Menge von 5 *cm*³ einer 1%igen wässerigen, durch Kochen sterilisierten Lösung in die Vena mediana injiziert, einige Male erfolgte auf eine einmalige Injektion ein rapider, anhaltender Temperaturabfall; völliges Versagen des Mittels wurde allerdings auch beobachtet. In der Diskussion weist Herr A. Martin auf die größere Einfachheit bei der Applikation des Serums gegenüber der intravenösen Kollargolbehandlung hin.

Einen Fall von akuter puerperaler Pyämie, der durch doppelseitige Unterbindung der Venae spermaticae und hypogastricae zur Ausheilung kam, demonstrierte Fromme am 20. März 1907 im Verein der Ärzte in Halle. Bei der Laparotomie wurde zunächst die linke Spermatika im Lig. infundibulo-pelvicum unterbunden, sodann nach Bumms Vorschlag (mitgeteilt von Kownatzki in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynäkologie zu Berlin am 11. Jänner 1907) das Peritoneum nach auswärts von dieser Unterbindung gespalten und nach Auseinanderdrängung der Ligamentplatten, Sichtbarmachung des Ureters und Freilegung der Teilungsstelle der Art. hypogastr. und Art. iliaca externa die Art. hypogastr. medial zur Seite gezogen und die dann frei zutage liegende Vena hypogastr. dicht vor ihrer Einmündung in die Vena iliaca externa mit einem Seidenfaden ligiert. Darauf Schluß des Peritonealschlitzes mit Catgut und Vornahme desselben Eingriffes auf der anderen Seite. Das noch längere Zeit nach der Operation bestehende remittierende Fieber war nach Ansicht des Vortragenden durch embolische Eiterherde in den Lungen bedingt, die allmählich zur Ausheilung kamen.

II. Zu wiederholten Malen stand im Laufe des verflossenen Jahres das Thema „Uterusmyom" auf der Tagesordnung, meist waren es Demonstrationen von Präparaten, die im nachfolgenden unter Hervorhebung der bemerkenswerten Einzelheiten an erster Stelle kurz angeführt werden sollen.

Flatau zeigte in der Fränkischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie (Erlangen 3. Februar 1907) ein subseröses Myom, das in seinem unteren, im Douglas verwachsenen Teile durch einen Bluterguß zerstört war und hierdurch ein retrouterin gelegenes Hämatom vortäuschte.

In der Sitzung der gynaekologischen Gesellschaft in München am 21. März 1907 demonstrierte Herr Hörmann das Präparat eines Uterus myomatosus. Das Bemerkenswerte bei diesem Falle war, daß sich ein Thrombus von myomatösem Bau in der Vena iliaca, Cava inferior bis ins Herz hinein gebildet hatte. Einen ähnlichen Fall beobachtete Dürck (Ärztl. Verein in München, 12. Februar 1907). Er fand bei einer 43jährigen Frau, die in 15 Jahren 5 Operationen wegen Uterusmyom durchgemacht hatte, einen Tumor, der vom Stumpf der Vena hypogastrica und 10 *cm* weit in den rechten Vorhof hineinragte und ein Fibromyom darstellte.

Ein faustgroßes, stielgedrehtes Fibromyom an der hinteren Wand des rechten Lig. latum bei einer 39jährigen I-para entfernte Herr Merkel durch Laparotomie. Der vergrößerte Uterus enthielt auch Myome und wurde supravaginal amputiert. Das Präparat wurde gleichzeitig mit dem eines pflaumengroßen Myoms, das wegen äußerst heftiger Blutungen nach Dilatation des Uterus enukleiert werden mußte, im ärztlichen Verein in Nürnberg (3. Jänner 1907) demonstriert.

Die bekannte Tatsache, daß die Stärke der Blutung häufig in einem Mißverhältnis zur Größe und Entwicklung der Geschwulst steht. suchte Herr Prochownick an 3 Präparaten zu beweisen, die er der geburtshilflichen Gesellschaft zu Hamburg (12. Februar 1907) vorlegte. Obschon bei zweien der myomatöse Uterus einen mannskopfgroßen Tumor darstellte, war bei äußerst schnellem Wachstum die Blutung stets sehr gering gewesen.

Wegen bestehender Druckbeschwerden auf die Blase sah sich Lauenstein zur Entfernung multipler Myome genötigt (Demonstration des Präparates im ärztlichen Verein in Hamburg am 28. Mai 1907). Für Pilsky (Altonaer ärztlicher Verein 27. Februar 1907) gaben ebenfalls die seit Jahren bestehenden, allmählich sehr heftig gewordenen Drucksymptome auf die Nachbarorgane die Indikation zum vaginalen Morcellement ab. Derselbe Autor demonstrierte gleichzeitig einen Uterus myomatosus von der Größe und Form eines graviden Uterus von 6 Monaten. Die Trägerin war durch profuse Blutungen in den Zustand hochgradigster Anämie mit schweren Allgemeinsymptomen (vergrößerte Leber und Milz, Aszites, elende Herztätigkeit) geraten.

Es gelang durch künstliche Nährmittel in Gestalt von Eisen, Arsen, Atoxyl, die Patientin innerhalb 7 Wochen derart zu kräftigen, daß die Exstirpation mit glücklichem Ausgang vorgenommen werden konnte.

Anämie und Herzbeschwerden bildeten auch für Herrn Bücheler (ärztlicher Verein in Frankfurt a. M. 13. April 1907) die Indikation zur erfolgreichen Exstirpation eines mehrknolligen Myoms.

Analog der Inkongruenz von Größe und Wachstumsschnelligkeit des Myoms einerseits und der Stärke der Blutung andrerseits findet sich auch nicht selten die Beobachtung, daß kleine Knollen unverhältnismäßig große Druckerscheinungen verursachen, umfangreiche und im Becken fest eingekeilte Geschwülste dagegen relativ geringgradige Kompressionssymptome machen. Ein interessantes Präparat der letzteren Art demonstrierte Herr Sarwey am 12. Mai 1907 in der Pommerschen gynaekologischen Gesellschaft: Die Myomknollen, von der Zervix und unteren Korpushälfte ausgegangen, völlig retroperitoneal, parazervikal und paravaginal entwickelt, hatten das ganze Becken bis dicht hinter den Scheideneingang ausgefüllt, die Scheide war auf mehr als das Doppelte verlängert und der Uterus derart in die Höhe geschoben, daß die Portio auch in Narkose nicht zu erreichen war. Außer zeitweise bestehender Obstipation und Tenesmus vesicae hatte die 43jährige Patientin niemals ernstere Störungen von seiten der Ausscheidungsorgane gehabt. Die Operation bestand in der Exstirpation der Tumorknollen samt Uterus und Vagina per laparotomiam; der Verlauf war völlig reaktionslos.

Einen myomatösen Uterus mit primärem Fibrom der Vagina zeigte Herr Amann in der Gynaekologischen Gesellschaft zu München (26. Juni 1907) und Herr Simon in der Fränkischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie in Würzburg (30. Juni 1907) ein kindskopfgroßes Fibromyom der Scheide, welches er in graviditate entfernte.

Auf das gleichzeitige Zusammentreffen von Uterusmyom mit Carcinoma corporis wurde in neuerer Zeit mehrfach hingewiesen. Entsprechende Präparate zeigten Falk in der Geburtshilflichen Gesellschaft zu Hamburg (26. März 1907) in Gestalt eines mehrere Myome tragenden Uterus, dessen Endometrium karzinomatös erkrankt war, und Herr Pinkuss, der in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie zu Berlin (8. März 1907) einen doppeltfaustgroßen Uterus myomatosus mit einem im Fundus sitzenden Carcino-Adenoma villosum vorlegte. Beide Patientinnen befanden sich im 6. Lebensjahrzehnt.

Karzinomatöse Degeneration eines Adenomyoms beobachtete Herr Schwab. Die mikroskopischen Präparate und Zeichnungen, die er in der Fränkischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie in Würzburg (30. April 1907) vorführte, ließen erkennen, daß außer dem retrozervikal gelegenen, karzinomatös entarteten Hauptknollen noch 2 Knoten dasselbe histologische Bild darboten, während 2 andere gewöhnliche Fibromyome waren.

Mehrfache Demonstrationen bezogen sich auf die ernste Komplikation „Myom und Gravidität bzw. Puerperium". Olshausen zeigte in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie zu Berlin (25. Jänner 1907) ein vom schwangeren Uterus abgetragenes Myom, das nach seiner Ansicht bei der bis dahin 12 Jahre sterilen Patientin ein Konzeptionshindernis abgegeben hatte.

Herr Pape (Verein der Ärzte Düsseldorfs, 15. April 1907) enukleierte ein unter der Geburt eingeklemmtes zervikales Myom vaginal und macht dann den vaginalen Kaiserschnitt.

Herr Nebel (Ärztlicher Verein in Frankfurt a. M., 15. April 1907) mußte die supravaginale Amputation eines myomatösen, im 4. mens. graviden Uterus wegen der bei der Patientin bestehenden schweren Störungen der Ernährung vornehmen. An dem herausgeschnittenen Organ wurde die auch von anderer Seite verschiedentlich festgestellte interessante Beobachtung gemacht, daß durch die terminale, allmählich in die Totenstarre übergehende Kontraktion der glatten Uterusmuskulatur das Ei durch die Zervix partiell ausgestoßen wurde, ein Vorgang, der, wie Sippel mit Recht äußerte, in demjenigen bei den sogenannten Sarggeburten sein Analogon findet.

Windisch sah sich zur supravaginalen Amputation des myomatösen graviden Uterus mens III infolge der durch den Uterus hervorgerufenen hochgradigen Kompression von Rektum und Blase gezwungen (Ärztlicher Verein in Nürnberg, 18. April 1907).

Ein im Puerperium vereitertes Myom zeigte Wiener in der Gynaekologischen Gesellschaft zu München am 16. Mai 1907.

Thies (Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie in Leipzig, 27. Mai 1907) berichtete über eine Patientin, die trotz eines reichlich kindskopfgroßen intramuralen Myoms während der Gravidität absolut keine Beschwerden gehabt hatte, das Kind austrug, durch Wendung wegen Querlage glatt entbunden wurde und ein völlig regelrechtes Wochenbett durchmachte, bis einige Tage nach Ablauf desselben eine abundante Blutung eintrat, die die Indikation zur supravaginalen Amputation des Uterus bildete.

In dem von Ebert ebenfalls der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie in Leipzig am 29. April 1907 vorgelegten Präparat war die Trägerin durch die im 4. Graviditätsmonat aufgetretenen äußerst quälenden Unterleibsschmerzen innerhalb weniger Wochen derart in ihrem Allgemeinbefinden heruntergekommen, daß die Operation (supravaginale Amputation) sofort vorgenommen werden mußte. Das Bemerkenswerte an dem Präparat bildete die Insertion der Plazenta auf dem sich ins Uterusinnere vorwölbenden Myom, in welchem an verschiedenen Stellen erweichte, nekrotische Partien erkennbar waren. Die Arterien des Myoms zeigten vielfach eine erhebliche Intima- und Mediaverdickung, die oft einen eitrigen Verschluß des Gefäßes veranlaßt hatte; besonders waren die kleinen Arterien von diesen Veränderungen betroffen. Ebert weist auf die auch von anderer Seite gemachte Beobachtung hin, daß insbesondere bei den erweichten Myomen des graviden Uterus örtliche wie allgemeine Beschwerden schwerer Art in die Erscheinung zu treten pflegen und glaubt, daß diese vielleicht als ein Symptom stattgehabter Erweichung ante operationem verwertet werden könnten.

Demgegenüber betont Henkel (Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie zu Berlin, 26. April 1907) bei der Demonstration mehrerer degenerierter Myome, daß wir ein sicheres Zeichen eingetretener Nekrose oder Degeneration im Myom bislang nicht besitzen.

Über Nekrose des Myoms in Schwangerschaft und Wochenbett verbreitete sich ferner Schütze in der Ost- und Westpreußischen Gesellschaft für Gynaekologie zu Bromberg am 16. März 1907 an der Hand zweier Präparate; das eine derselben bot hochgradige Strukturveränderungen dar. Gänzliche zentrale Nekrose mit eingelagerten zahlreichen Kerntrümmern von einem hyalin sklerosierten, halbnekrotischen Gewebe mit vereinzelten Bindegewebskernen umgeben. Schütze begründet des weiteren seine Ansicht, daß in beiden Fällen die eingetretene Degeneration der Geschwulst mit der Gravidität bzw. dem eingetretenen Abort infolge Ernährungsstörung im Kausalkonnex steht.

Eine umfassende, höchst interessante Darstellung des Myoms in seinem typischen und atypischen histologischen Bau gab Robert Meyer am 22. März 1907 in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie zu Berlin in seinem Vortrage: Zur Pathologie der Myome, insbesondere über ihr Wachstum und ihre Histogenese unter Demonstration zahlreicher, zum Teil höchst seltener Präparate mittelst Epidiaskop. So zeigte er beispielsweise ein Myom, das polypös im Lymphgefäß wächst, ferner ein Myoma gyratum, dessen Oberfläche Ähnlichkeit mit den Hirnwindungen besitzt, weiterhin die verschiedenen Formen der hyalinen Degeneration, der Verkalkung, Verknöcherung, Nekrosen und andere mehr. Nach Meyers Ansicht ist die allgemein gebräuchliche Klassifizierung der Myome in submuköse, intramurale und subseröse im anatomischen Sinne nicht ausnahmslos durchführbar und begründet diese Ansicht durch die Demonstration eines Myoms, das, obgleich gering an Umfang, gleichzeitig nach der Serosa wie nach der Mukosa hin vordringt. Von den Einzelheiten des die Demonstrationen begleitenden Vortrages ist betreffs des Wachstums der Myome Meyers Ansicht hervorzuheben, daß das Myom fast ausnahmslos aus sich heraus, aus eigenem Material wächst und nur höchst selten durch Anlagerung verschiedener benachbarter Myome. Ferner tritt Meyer betreffs der Histogenese des Myoms der von Ribbert ausgesprochenen Ansicht, daß es sich stets um pathologisch eingeschaltete Keimanlage handelt, entgegen. Meyer läßt diese Genese zwar für einzelne Fälle zu, glaubt aber, daß es sich in der Regel um eine pathologisch vermehrte Zellproliferation vereinzelter, dem normalen Wachstum dienender Bezirke handelt. Zur Bestätigung seiner Auffassung führt er instruktive Bilder von mikroskopisch kleinen Myomen vor.

Zum Schlusse sollen hier noch zwei ausführliche Vorträge kurz erörtert werden, von denen der erstere, von Herrn Weißwange in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde zu Dresden am 16. Februar 1907 gehalten, sich mit der Frage der Indikationsstellung: Wann soll ein Myom operiert werden? befaßte, während Herr Czempin über die von ihm ausgeführten Myomoperationen mit besonderer Berücksichtigung der subperitonealen Myome berichtete und hierbei auf Grund der erzielten Resultate für die Operationstechnik seine Schlüsse zog. Nach einigen einleitenden Worten über die großen Schwierigkeiten einer genauen Indikationsstellung, die trotz der zahlreichen Arbeiten auf diesem Gebiete während der letzten Jahre der gewünschten Klarheit entbehre, bespricht Weißwange unter Zugrundelegung der üblichen Einteilung der Myome in die 4 Klassen der submukösen, interstitiellen, subserösen und intraligamentären die Symptomatologie bei den einzelnen Formen unter besonderer Berücksichtigung der möglicherweise auftretenden ernsten Komplikationen, wie z. B. des Eintritts der Verjauchung der submukösen Geschwülste, der Stieltorsionen, Netz- und Darmadhäsionen, Achsendrehung des Uterus u. dgl. bei subserösen, dünngestielten Tumoren, der schweren Störungen im Allgemeinbefinden bei exzessiv großen Myomen. Er kommt zu dem Schlusse, daß vom anatomischen Standpunkte aus demnach die operative Entfernung des Myoms stets geboten ist bei den submukös entwickelten Geschwülsten, bei den subserösen mit dünnem Stiel, bei den über mannskopfgroßen intramuralen Myomen, sobald sie Erscheinungen machen, und bei den schnell wachsenden Myomen. In den übrigen Fällen ist für die Indikationsstellung der Operation eine Reihe anderer Faktoren, das Lebensalter, die soziale Stellung der Trägerin, die Größe der Beschwerden und der Allgemeinzustand der Kranken ausschlaggebend. Bei stark anämischen Myomkranken haben wir in der Bestimmung des Hämoglobingehaltes ein wichtiges Kriterium für die Beurteilung der Frage, wann die Operation vorgenommen werden darf; bei einem Hämoglobingehalt von 30% und weniger widerrät Weißwange die Operation. Hält man bei einer Myomkranken die Indikation zum Eingreifen zurzeit nicht für gegeben, so ist eine dauernde Beobachtung der Patientin bzw. eine Aufklärung derselben über die Sachlage geboten, da bei der an sich bestehenden Gutartigkeit der Geschwulst doch in späterer Zeit ernste, die Operation erforderlich machende Komplikationen in die Erscheinung treten könnten.

Herr Czempin hat früher viel vaginal operiert, während der letzten Jahre jedoch auf Grund seiner erzielten ausgezeichneten Resultate — unter 48 Fällen kein Todesfall — sich hauptsächlich der abdominalen Operationsmethode zugewandt; er führt fast ausnahmslos die supravaginale Amputation aus. Betreffs seiner Operationstechnik ist bemerkenswert, daß er einen möglichst kleinen Hautschnitt macht, dann die Faszie auf etwa 3 *cm* nach allen Seiten von der Unterhautfettschicht abpräpariert, wodurch er eine erheblich größere Verschieblichkeit der Haut im Operationsgebiet erzielt. Sodann wird durch Abtragung und Ausschälung der zugänglichen Myomknoten in situ die Geschwulst so weit verkleinert, daß der Uterus vor die Bauchhöhle gebracht werden kann. Bei der Operation der subperitonealen Myome, insbesondere der retrozervikal und der intraligamentär entwickelten solitären Tumoren, die sich tief in das Bindegewebe einwühlen und bei zunehmender Größe nach obenhin in das Mesenterium des Kolon oder Cöcum vordringen, werden an die Operationstechnik oft hohe Anforderungen gestellt, dies gilt besonders betreffs der Vermeidung von Darmverletzungen und der schnellen Stillung der häufig erheblichen Blutung. Czempin empfiehlt zu diesem Behufe nach Spaltung des den Tumor überdeckenden Peritoneums, den hervortretenden Teil des Myoms mit Hakenzangen zu fassen und darauf systematisch melonenförmige Scheiben aus demselben mit dem Messer zu schneiden. Bei der hierdurch allmählich eintretenden Entspannung des das Myom umkleidenden Sackes, des Bandapparates und Peritoneums gelingt die weitere Entwicklung des Tumors leichter, wobei auf eine möglichst nackte Ausschälung der Geschwulst aus ihrem Bette sorgfältig zu achten ist.

In der am 8. Februar stattfindenden lebhaften Diskussion zu Czempins Vortrag wiesen zahlreiche Redner, die Herren Henkel, Bröse, Mainzer, Bumm und Strassmann, auf die günstigere Prognose bei der vaginalen Operation gegenüber der abdominalen hin, weniger wegen der geringen Infektionsgefahr, als wegen des verminderten Operationsshocks. Nicht die Größe der Geschwulst, sondern einzig die Zugänglichkeit derselben ist für die Entscheidung der Frage, ob vaginal operiert werden kann, aus-

schlaggebend. Betreffs des von Czempin empfohlenen abdominalen Morcellement wurden mit Rücksicht auf die Blutstillung von verschiedener Seite ernste Bedenken laut. Auch die schon häufig ventilierte Streitfrage, ob bei der Laparotomie der supravaginalen Amputation oder Totalexstirpation der Vorzug zu geben sei, wurde erörtert; während Herr Olshausen mit der retroperitonealen Methode der Amputation sich außerordentlich zufrieden erklärt, reden andere, Bumm, Mainzer, der Totalexstirpation wegen der viel glatteren und reineren Wundverhältnisse das Wort.

III. „Über Mißbildungen der Gebärmutter" lautete das Thema, das Herr Schottländer in der Sitzung des naturhistorisch-medizinischen Vereins zu Heidelberg am 26. Februar 1907 ausführlich behandelte. Er gibt zunächst eine Schilderung der wichtigsten Punkte aus der Entwicklungsgeschichte der weiblichen Geschlechtsorgane, weist sodann auf das von v. Winckel angegebene, nach formalen und genetischen Gesichtspunkten aufgebaute System der Klassifizierung der verschiedenen Gebärmuttermißbildungen hin und bespricht schließlich unter Demonstration von Lichtbildern eines Falles von Uterus bicornis septus und eines Uterus bicornis supra separatus, infra septus die O. Franklsche Theorie, wonach durch eine primär abnorme Verkürzung der runden Mutterbänder eine pathologische Wachstumrichtung der Wolffschen und Müllerschen Gänge veranlaßt wird, die ihrerseits die Entstehung der Mißbildungen bedingt.

In der Diskussion gibt Herr Kermauner der Meinung Ausdruck, daß neben der Verkürzung des Lig. rot., des auffälligsten Abschnittes im Mesoderm der seitlichen Cölomwand, die Wachstumsstörung des betreffenden Mesodermabschnittes überhaupt die Mißbildungen hervorrufe. Sowohl bei den einfachsten Hypospadieen wie bei den kompliziertesten Spaltbildungen und vollständigen Trennungen des Genitalschlauches handelt es sich hierbei um ein und dieselbe, natürlich graduell verschiedene Ursache, die nach Kermauners Ansicht mechanischer Natur ist und je nach der bestehenden Intensität im Einzelfalle eine mehr oder weniger erhebliche Störung des Mesodermwachstums zuwege bringt.

Weitere Präparate von Uterusmißbildungen demonstrierten:

Herr Flatau in der Fränkischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde (3. Februar 1907) ein rudimentäres Uterushorn mit Fötus von 3 Monaten. Infolge der bestehenden starken Blutung war ein Myom angenommen worden.

Herr Hofmeier in derselben Gesellschaft am 30. Juni 1907 einen Uterus mit Andeutung von Bikornität, Hämatometra und linkseitiger Hämatosalpinx. Auch in diesem Falle war der Tumor für ein Fibromyom gehalten worden. Eine Kommunikation zwischen dem Uterus und der mit Blut angefüllten Tube bestand nicht, woraus Hofmeier folgert, daß die Blutansammlung in der Tube selbst und nicht durch Rückstauung erfolgt ist.

Herr Menge demonstrierte in derselben Sitzung ein Präparat von Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn mit Steinkindbildung. Wegen durchgemachter heftiger peritonitischer Erscheinungen war die Diagnose auf geplatzte Tubargravidität gestellt worden. Des weiteren berichtete der Vortragende über einen Fall von Vagina duplex und Uterus bicornis duplex. Der vorher gestellten Diagnose entsprechend fand man bei der Laparotomie den rechten Uterus schlank und beweglich, der linke Uterus war mit dem linken, Eiter enthaltenden Ovarium verwachsen und wurde supravaginal amputiert.

Das Präparat einer ausgetragenen Gravidität im rudimentären Nebenhorn eines Uterus bicornis zeigte Herr Reifferscheid in der Gesellschaft für Natur- und Heilkunde in Bonn (13. Mai 1907). Bei der 26jährigen Patientin war vor 10 Jahren wegen Hymenalatresie der Hymen inzidiert worden; jetzt wurde die Laparotomie ausgeführt, die Frucht war bereits seit mehreren Wochen abgestorben. Das schwangere Uterushorn stand durch einen 1—2 *cm* dicken Stiel mit dem Uterus der anderen Seite in Verbindung.

Herr Falgowski legte der Gynaekologischen Gesellschaft in Breslau am 25. Juni 1907 zwei interessante Präparate von Genitalmißbildungen vor. Bei dem ersteren handelte es sich um einen Uterus duplex bicornis mit kindskopfgroßem Myom in beiden Hörnern; beide Uteri wurden supravaginal amputiert. Das zweite Präparat, das durch Totalexstirpation per abdomen gewonnen war, stellte einen Uterus septus cum vagina septa dar. Beide Patientinnen genasen.

Einen Uterus mit einseitigem Defekt der Adnexe demonstrierte Kaufmann in der Gynäkologischen Gesellschaft in Berlin am 22. November 1907. Der Uterus war auffallenderweise völlig symmetrisch entwickelt.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Gynaekologie.

Cotte, Tuberculose inflammatoire du col de l'utérus. Gazette des hôpitaux, Nr. 103.
Knoll, „Normal" Ovariotomy, „Female" Circumcision, Clitoridectomy, and Infibulation. New York Med. Journ., Nr. 10.
Avarffy, Die Lumbalanalgesie in der Gynaekologie. Orvosi Hetilap, 1907, Nr. 30.
v. **Velits**, Über die Behandlung der Uterusmyome. Budapesti Orvosi Ujság, 1907, Nr. 36.
Noble, The Abdominal Wound, Its Immediate and After Care. Amer. Journ. of Obstetr., Sept.
Simpson, Post-operative Complications Involving the Alimentary Tract. Ebenda.
Miller, Post-operative Thrombosis and Embolism. Ebenda.
Tracy, Complications Arising in the Kidneys and Ureters Following Abdominal Operations. Ebenda.
Bovée, The Use of Jodine Catgut in Abdominal Surgery. Ebenda.
Fraenkel, Klinische Beiträge zur Pathologie und Therapie der weiblichen Sterilität. Samml. klin. Vortr., Gynaekologie, 168/169.
v. **Braun-Fernwald**, Über Uterusperforation. Zentralbl. f. Gynaek., Nr. 39.
Birnbaum, Die Erkennung und Behandlung der Urogenitaltuberkulose mit den Kochschen Tuberkulinpräparaten. Ebenda.
Dickson, Acute Streptococcal Septicaemia occurring at the Menstrual Period. Brit. Med. Journ., Nr. 2439.
Wilson, A Case of Primary Epithelioma of the Vagina, Showing Autoinoculation or Contact Infection. Ebenda.
Christofoletti, Über eine neue Urethralplastik. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 40.
Lichtenstern, Über diffuse, inkrustierende Zystitis. Ebenda.
Schubert, Verwertung eines einfachen mechanischen Prinzipes für ein selbsthaltendes Bauchspekulum. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 40.
Gellhorn, Menstruation ohne Ovarien. Ebenda.
Guicciardi, Fibromi dell' utero e loro complicanze. (Cont.) Annali di Ostetr. e Ginecol., Nr. 8.
Serafini, Due cisti della giandola vulvo-vaginale. Ebenda.
Schenk u. **Scheib**, Bakteriologische Untersuchungen von Laparotomiewunden bei verschärftem Wundschutz, insbesondere bei Gaudaninbehandlung. Münchener med. Wochenschrift, Nr. 40.
Weinbrenner, Die Saugbehandlung in der Gynaekologie. Ebenda.
Bovée, The Status of the Fight Against Cancer of the Uterus. The Journ. of the Amer. Med. Assoc., Nr. 12.
Montgomery, How Can We Lessen the Mortality of Uterine Cancer? Ebenda.
Stone, Salpingitis Caused by Appendicitis. Ebenda.
Blair Bell, Sarcoma of the Vulva including an Account of a Case of Spindle-celled Sarcoma of the Labium Minus. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp., Nr. 4.
Jellet, I. A Case of Primary Endothelioma of the Vagina treated by Removal of Uterus and Vagina. II. After-history of a Case of Primary Sarcoma of the Vagina. Ebenda.
Pollak, Beitrag zur aktiven **Bierschen** Hyperämie in der Gynaekologie. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 41.
Olshausen, Zur Ventrifixur. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 41.
v. **Herff**, Die Flächennaht nach **Noble** bei Fasziеnwunden. Ebenda.
v. **Herff**, Cumolcatgut oder Jodcatgut? Ebenda.
Stolz, Einklemmung eines Laminariastiftes. Ebenda.
Kermauner, Lymphangiom der Tube. Archiv f. Gyn., Bd. 83, H. 2.
Forssner, Zur Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen. Ebenda.
Frankenstein, Über die Bedeutung der Resectio uteri bei Myomen zur Erhaltung der Menstruation nach der Operation. Ebenda.
Esquerdo, Apendicitis ó salpingitis? Revista de Medicina y Cirurgía Práticas. Núm. 977.

Krönig u. Gauss, Anatomische und physiologische Beobachtungen bei dem ersten Tausend Rückenmarksanästhesien. Münchener med. Wochenschr., Nr. 41.
Bogoras, Über primären Krebs der Klitoris. Wratschebnaja Gazeta, Nr. 39.
Pankow, Das Alttuberkulin Koch als Diagnostikum in der Gynaekologie. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 42.
Formiggini, Considerazioni sopra alcuni casi di ovarite sclerotica. Archivio Italiano di Ginecol., Nr. 8.
Stone, Chorioepithelioma. Amer. Journ. of Obstetr., Oktob.
Mann, Ruptured Pus Tubes. Ebenda.
Bovée, The Scope of Treatment of Acute Pelvic Infections in Women by the General Physician. Ebenda.
Coons, Polycystic Lutein Degeneration of the Ovaries. Ebenda.
Rose, Asepsia and Not Asepsis. Ebenda.

Geburtshilfe.

Neu, Bemerkungen zu dem Aufsatz von Velits „Über Adrenalinwirkung bei Osteomalakie". Zentralbl. f. Gynaek., Nr. 38.
Pinard, Thérapeutique de la dystocie causée par vicination pelvienne à la clinique Baudelocque. Annales de Gyn., Septembre.
Zweifel, Technique, indications et suites de pelvitomies. Ebenda.
Canton, 25 cas d'opération césarienne conservatrice sans mortalité maternelle. Ebenda.
Krönig, Übung und Schonung in der Geburtshilfe und Gynaekologie. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 38.
Germann, Über vorzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta. Inaug.-Dissert., Jena, August.
Serno, Über die Beziehungen zwischen Schwangerschaft, Wochenbett und Tuberkulose. Ebenda.
Pozsonyi, Appendizitis und Gravidität. Budapesti Orvosi Ujság, 1907, Nr. 30.
Santino, Distocia per brevità relativa del funicolo e rigidità spasmodica del collo uterino in donna con bacino viziato. L'Arte Ostetrica, Nr. 17.
Sigwart, Zur Pubiotomie im Privathause. Zentralbl. f. Gynaek., Nr. 39.
Wells, The Relative Value of the Obstetric Forceps and Version as Methods of Delivery The Therapeutic Gazette, Nr. 8.
Maygrier, Élevage et survie des prématurés nés à la maternité de la Charité. L'Obstétr., Nr. 4.
Plauchu et Chalier, Le nourrisson prématuré non debile. Ebenda.
De Kervilly, Surcharge graisseuse des cellules étoilées dans le foie des éclamptiques. Ebenda.
Pottet et Kervilly, Le corps thyreoide chez les éclamptiques. Ebenda.
Di Nardo, Parto cesareo col taglio trasversale sul fondo dell' utero nel rachitismo e nell' osteomalacia. La Rassegna d'Ostetr. e Ginecol., Nr. 9.
Soli, Sull' azione ecbolica del formiato di soda. Ebenda.
Ferraro, Cisti ovariche e gravidanza. Ebenda.
Boerma, Geburtshemmnis bei Zwillingsgeburt durch Eintritt beider Köpfe ins Becken. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 40.
Mangiagalli, Le emorragie ostetriche. (VIII.) L' Arte Ostetr., Nr. 18.
Ferroni, Le anemie gravi delle gestanti nella Clinica di Parma. (Cont.) Ebenda.
Merletti, Nuovi elementi per lo studio della funzionalità cardiaca nello stato puerperale. Annali di Ostetr. e Ginecol., Nr. 8.
Wagner, Die Extrauteringravidität. Stuttgart, F. Enke, 1907.
Hannes, Welche Anforderungen sind an eine korrekte Methode der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft zu stellen? Münchener med. Wochenschr., Nr. 40.
Freund, Die Behandlung des unstillbaren Erbrechens der Schwangeren. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 40.
Marconi, La tubercolosi considerata specialmente in rapporto alla gravidanza. Lucina, Nr. 10.
Colorni, Di un feto mostruoso con fessura addomino-vescico-pubica. Ebenda.
Mc Kerron, A Case of Retention in Utero of the Separated After-coming Head. The Journ. of Obstetr. and Gyn. of the Brit. Emp., Nr. 4.
Pedrazzoli, La condotta dell' ostetrico nei casi di bacino leggermente piatto. La Clinica Ostetr., Fasc. 18.
Kroemer, Über die Behandlung der Nebenverletzungen bei der Hebosteotomie. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 41.
Kaiser, Eklampsie und Parathyreoidin. Ebenda.
Pradella, Zur Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Lungentuberkulose. Ebenda.

Scheffzeck, Beiträge zur Extrauterin- und Nebenhorngravidität. Ebenda.
Bauer, Zwei Fälle von Dementia paralytica mit Schwangerschaft und Geburt. Münchener med. Wochenschr., Nr. 41.
Schneider, Ein Fall von wiederholtem Kaiserschnitt bei Ruptur der Uterusnarbe. Ebenda.
ter Braak u. Mijnlieff, Ein Fall von Eklampsie infolge erhöhter intrarenaler Spannung. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 42.
Pavesi, Un caso di superfetazione. L' Arte Ostetr., Nr. 19.
Sartirana e Bono, L' isterectomia nelle infezioni puerperali. Archivio Italiano di Ginecologia, Nr. 8.
Mc Kay, The Effekt of Blood Transfusion on a Patient with Puerperal Eclampsia. Amer. Journ. of Obstetr., Oktober.
Rebaudi, Blood Platelets During Pregnancy, Labor, The Puerperium and Menstruation, and in the New Born. Ebenda.
Kelley, Ectopic Pregnancy. Ebenda.
v. Wenczel, Gravidität und Geburten bei Herzkranken mit acht kasuistischen Fällen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., H. 4.
Calmann, Perityphlitis und Schwangerschaft. Ebenda.
Scipiades, Über die Behandlung der Geburten bei engem Becken. Ebenda.
Pradella, Zur Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Lungentuberkulose. Archiv. f. Gyn., Bd. 83, H. 2.
Scheffzeck, Beiträge zur Extrauterin- und Nebenhorngravidität. Ebenda.
Jung, Neuere Bestrebungen in der Behandlung der puerperalen Infektion. Med. Klinik, Nr. 42.
Signoris, Contributo allo studio di alcune anomalie fetali. La Clinica Ostetr., Fasc. 19.
Schmidt, Über die Verwendung der flüssigen Somatose bei Wöchnerinnen. Münchner med. Wochenschr., Nr. 42.
Krüger, Beobachtungen über den Geburtsverlauf beim engen Becken. Inaug.-Dissert., Greifswald, September 1907.

Aus Grenzgebieten.

Stoecker u. Klein, Eine spanische Abhandlung über Zeugung und Schwangerschaft aus dem Jahre 1495. Ebenda.
Klein, Berühmte Geburtshelfer des 16. und 17. Jahrhunderts. Ebenda.
Keiffer, Contribution à l'étude des corpuscules sensoriels rétro-utérins chez le foetus humain. Bull. de la Soc. Belge de Gyn., Nr. 5.

Personalien und Notizen.

(Personalien.) **Berufen:** Professor Dr. Menge aus Erlangen wurde als Nachfolger v. Rosthorns nach Heidelberg berufen und hat den Ruf angenommen. — **Verliehen:** Der königl. Kronenorden III. Klasse dem Geh. Rat Professor Dr. Hermann Fehling in Straßburg. — **Gestorben:** Dr. Alexander Szabo in Budapest.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: **Dr. Oskar Frankl.**

Herausgeber, Eigentümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg.**

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

GYNAEKOLOGISCHE RUNDSCHAU.

ZENTRALORGAN
FÜR
GEBURTSHILFE UND FRAUENKRANKHEITEN.

II. Jahrg. **1908.** **2. Heft.**

Original-Artikel.

Aus der gynaekologischen Abteilung des Rothschild-Spitales in Wien (Vorstand: Primarius Dr. C. Fleischmann).

Zur Kritik der Lehre von der Endometritis.

Von Dr. **Egon Schick**, Assistent der Abteilung.

Die auf dem letzten Kongresse der deutschen Gesellschaft für Gynaekologie von Hitschmann und Adler publizierten Untersuchungen über Endometritis, welche eine vollständige Umwälzung der bis nun geltenden Lehre inaugurieren, veranlaßten meinen Chef, Herrn Primarius Dr. Fleischmann, einen Teil des Endometrien-Materiales seiner Abteilung durch mich zu einer Nachprüfung der Hitschmann-Adlerschen Angaben verarbeiten zu lassen.

Die außerordentlich zahlreichen Arbeiten der letzten zwei Dezennien, welche sich mit der Endometritis beschäftigten, vermittelten uns wichtige Kenntnisse über die Ätiologie dieser Krankheit, ohne die pathologische Anatomie derselben wesentlich zu fördern. Die große Zahl von Namen für „verschiedene Formen" derselben Erkrankung ist bezeichnend für die Unsicherheit der Autoren in der Beurteilung einer entzündeten Uterusschleimhaut. In der dritten Auflage des Winterschen Lehrbuches (Leipzig 1907) z. B. findet man folgende Bezeichnungen:

Endometritis interstitialis (interglandularis) acuta, chronica, exsudativa, ev. haemorrhagica, E. interstitialis periglandularis, E. interstitialis deciduocellularis.

E. glandularis, E. glandularis profunda, papillaris, glandularis hypertrophica und hyperplastica,

dann Kombinationsformen wie: E. glandularis interstitialis oder E. glandularis profunda interstitialis superficialis,

dann chronisch entzündliche Formen: E. glandularis ectatica cystica interstitialis chronica, E. fungosa, E. atrophicans. Und schließlich heißt es: „Bei den Veränderungen, bei denen es nicht möglich ist, sicher abzuschätzen, ob mehr interstitielle, ob mehr glanduläre Vermehrung besteht, ist die Benennung E. diffusa passend."

Die Kriterien, die bisher für die Diagnose einer Endometritis Geltung hatten, waren rein subjektiver Art: ob verhältnismäßig viel oder wenig Drüsen in einem Gesichtsfelde sich befanden, ob das interstitielle Gewebe lockerer oder dichter gefügt, die Drüsen breiter oder schmäler als normal waren. Entsprechend der subjektiven Auffassung mußte demnach die Diagnose verschiedener Beobachter in demselben Fall verschieden ausfallen, insbesondere aber wurden oft physiologische Verhältnisse als pathologisch bezeichnet.

Auch die in jüngster Zeit erschienenen Lehr- und Handbücher (Winter, Lehrbuch der gynaekologischen Diagnostik, und Döderlein, Die Entzündungen der Gebärmutter in Veits Handbuch, II. Aufl.) lehnen sich in der Beschreibung der Endometritis an das alte

Rugesche Schema (glanduläre, interstitielle E. und Kombinationen derselben) an, ohne auf die Menstruationsphase der untersuchten Schleimhäute Rücksicht zu nehmen. Die Folge davon ist, daß offenbar physiologische Veränderungen der Uterusschleimhaut als pathologisch beschrieben werden (vgl. Winter, pag. 504/505, die Beschreibung der deziduazellenähnlichen Stromazellen, pag. 512 der „endometritischen" Epithelveränderungen, welche den Opitz-Gebhardschen Schwangerschaftsdrüsen gleichen und offenbar dem prämenstruellen Stadium angehören).

Die Ursache dieser Fehldiagnosen und Irrtümer lag einzig und allein in einer mangelhaften Kenntnis der normalen Verhältnisse.

Hitschmann und Adler wiesen zum ersten Male darauf hin, daß es notwendig ist, bei der Beurteilung einer Uterusschleimhaut die Menstruationsphase, in welcher sich dieselbe befindet, zu berücksichtigen. Die Resultate, zu welchen die genannten Autoren auf diese Weise gelangten, unterscheiden sich wesentlich von den alten Anschauungen und gipfeln in folgenden Schlußsätzen ihrer Arbeit:

„Die Endometritis glandularis hyperplastica und die Endometritis glandularis hypertrophica haben nichts mit der Entzündung zu tun. Die E. glandularis hypertrophica entspricht dem prämenstruellen Zustand der normalen Uterusschleimhaut."

„Die Endometritis glandularis hyperplastica umfaßt zum Teil normale prämenstruelle Verhältnisse, zum Teil Varianten im Drüsenreichtum innerhalb physiologischer Grenzen: daneben gibt es eine glanduläre Hyperplasie der Uterusschleimhaut, die jedoch von der Entzündung ganz unabhängig ist.

Es gibt nur eine Form der Entzündung der Uterusschleimhaut, das ist die Endometritis interstitialis, Endometritis schlechtweg."

„Die Diagnose der Endometritis beruht auf dem Nachweis der Infiltrationszellen. der morphologisch und tinktoriell wohl charakterisierten Plasmazellen."

Eine Nachprüfung dieser neuen Lehre hatte naturgemäß zwei Aufgaben zu erfüllen, zu untersuchen, ob das histologische Bild der Endometrien den aus der Krankengeschichte bekannten Menstruationsdaten entsprach und ob sich Plasmazellen dort fanden, wo sie nach Anamnese und gynaekologischem Befund erwartet werden mußten, resp. ob sie dort fehlten, wo man sie nach denselben Kriterien nicht zu erwarten hatte. Zur besseren Übersicht wurden die in jedem Falle öfters wiederholten Befunde in eine Tabelle eingetragen, in welcher anamnestische Angaben über vorausgegangene Entzündungen, der gynaekologische Befund, die genauen Menstruationsdaten (Typus der Periode, Datum der letzten und nächsten zu erwartenden Periode), Tag der Operation und mikroskopisches Verhalten in Rubriken vermerkt wurden.

Zur Untersuchung kamen im ganzen 60 Fälle, welche aus dem Materiale der letzten 1½ Jahre insoferne ausgewählt wurden, als nur diejenigen Präparate respektive Blöcke verwendet wurden, bei welchen die Fixierung in Alkohol vorgenommen worden war. Von dieser Auswahl abgesehen, welche die genannten Autoren für die Darstellung der Plasmazellen unumgänglich notwendig halten, wurden alle vorhandenen Fälle promiscue untersucht. Zur Färbung wurde Hämalaun-Eosin und Pyronin-Resorzin-Methylgrün benützt, das letztere Farbengemisch zur Darstellung der Plasmazellen, welche nur bei Beobachtung gewisser Bedingungen gut gelingt. Von diesen wurde die Fixierung in Alkohol, am besten in absolutem Alkohol bereits erwähnt. Ferner empfiehlt es sich, die Mischung der 1%igen wässerigen Lösungen von Pyronin-Resorzin-Methylgrün stets frisch herzustellen.

Der erste Teil dieser Untersuchungen ergab eine vollständige Übereinstimmung mit den von Hitschmann und Adler beschriebenen Verhältnissen, für die folgende Beispiele aus unserem Material angeführt werden sollen.

1. Fall 3. Pat. A., 24 Jahre alt, Periode regelmäßig, nach 4wöch. Typus, von 8—10tägiger Dauer, mäßig stark, letzte Periode 6. April 1907. Am 3. Mai 1907 Abrasio mucosae corp. uteri und Diszission wegen Sterilität. Befund: deutliche Scheidung der Schleimhaut in eine Pars spongiosa und compacta. In der ersteren sehr zahlreiche Drüsenlumina, die nur durch spärliche Bindegewebsfasern voneinander getrennt sind. Vorspringen von Epithelleisten in das Lumen der Drüsen, Epithelien hoch, Flimmerbesatz nicht nachweisbar, Protoplasma hell, ebenso der Kern. In der Pars compacta Quellung der Bindegewebszellen, den Deziduazellen sehr ähnlich. Kapillaren stark erweitert, vereinzelte kleine Blutungen unter dem Deckepithel. Dasselbe histologische Verhalten fand sich bei den Fällen 1, 5, 7, 8, 11, 12, 14, 26, 27, 30, 31, 32, 33, 34, 36, 37, 40, 45, 47, 48, 50, 60. Da nicht alle angeführten Fälle so kurze Zeit vor dem Eintritt der nächsten Periode sich befanden, war das Bild nicht immer genau so typisch wie in dem beschriebenen Falle, doch zeigten sich die durch die bevorstehende Menstruation hervorgerufenen Veränderungen um so deutlicher ausgeprägt, je längere Zeit seit der letzten Periode verstrichen war. Bei allen Fällen fanden sich Angaben über regelmäßige Wiederkehr der Periode und bei allen fiel der Tag der Operation in die prämenstruelle Zeit (längstens 8 Tage vor dem Eintritt der Periode). Die Indikation für die Operation dieser Fälle bildeten protrahierte oder profuse Menses, Sterilität, Prolaps (gleichzeitig Curettement zu Untersuchungszwecken), Zervixpolyp, einmal ein interstitielles Myom bei einer Nullipara (Fall 46), welches profuse Menorrhagien verursachte und durch vaginale Totalexstirpation entfernt wurde.

2. Fall 2. Pat. K., 35 Jahre alt, stets gesund gewesen. Periode kehrte regelmäßig in 24tägigen Intervallen wieder, ist von 4—5tägiger Dauer, mit heftigen Krämpfen verbunden, mäßig stark. Letzte Periode 4.—8. Mai 1907. Am 17. Mai 1907, also 11 Tage vor der nächsten zu erwartenden Periode Abrasio mucosae und Diszission wegen Sterilität. Befund: Schleimhaut niedrig, Drüsen spärlich, Ausführungsgänge gerade verlaufend, Epithel gut gefärbt, namentlich der Kern. Interstitielles Gewebe aus einem dichten Netzwerk spindelförmiger, untereinander verbundener Zellen bestehend, mit eingelagerten, stellenweise gruppenförmig angeordneten Rundzellen.

Dasselbe, respektive ein sehr ähnliches Bild fand sich in den Fällen 4, 6, 10, 13, 16, 17, 18, 24, 35, 38, 42, 43, 51, 52, 53, 54.

In 20 Fällen wurde wegen unregelmäßiger Blutungen operiert, z. B. Curettement nach Abort, Totalexstirpation wegen klimakterischer Blutungen, wegen Metritis, Myom oder Adnextumoren. Wo infolge dieser Erkrankungen der regelmäßige Typus der Periode verloren gegangen war, konnten die histologischen Befunde der betreffenden Endometrien nicht verwertet werden, ob sie nun dem ersten oder dem zweiten näher beschriebenen Beispiele glichen, d. h. also der „Endometritis glandularis“ oder „interstitialis“ im alten Sinne entsprachen. Es kamen demnach von den 60 untersuchten Fällen unseres Materiales 40 Endometrien in Betracht, bei deren Beurteilung der Menstruationstermin berücksichtigt werden konnte. Das Aussehen der Schleimhaut entsprach ohne Ausnahme dem von Hitschmann und Adler für den betreffenden Zeitpunkt als charakteristisch bezeichneten Bilde.

Der zweite Teil dieser Untersuchungen beschäftigte sich mit den Plasmazellen, dem Nachweis ihres Vorhandenseins respektive Fehlens. Sie fanden sich unter den 60 Fällen vierzehnmal. Fünf Fälle wurden durch Totalexstirpation gewonnen, und zwar zwei wegen Adnextumoren, zwei wegen Myom und Pyosalpinx, einer wegen Metritis und doppelseitiger Hydrosalpinx, acht durch Curettement wegen Arbortresten, einer wegen Sterilität. Der letzterwähnte Fall verdient besondere Beachtung.

Er betraf eine 28jährige zarte Frau, welche seit ihrer Mädchenzeit an dysmenorrhoischen Beschwerden litt und in 5jähriger Ehe kinderlos geblieben war. Da sich eine leichte Verdickung der linkseitigen Adnexe und Fixation derselben nachweisen ließ, wurde die Operation (Abras. mucosae und Diszission) mit größter Vorsicht ausgeführt. Nichtsdestoweniger entstand im weitern Verlauf ein über faustgroßer Adnextumor auf der linken Seite. Dieser Fall muß als besonders beweiskräftig bezeichnet werden, weil durch den Befund vor der Operation

und namentlich durch den weiteren Verlauf erwiesen war, daß die Adnexe entzündlich verändert waren und sich gerade in diesem Endometrium Plasmazellen fanden, während sie in allen anderen Fällen, die wegen Stenosis orific. uteri ext. bei gesunden Adnexen operiert wurden, fehlten.

Wo wegen Abortresten operiert wurde, fanden sich die Plasmazellen nicht so sehr in der Nähe der zurückgebliebenen Zotten als an den weiter entfernten Stellen der Schleimhaut und um so zahlreicher, je längere Zeit seit dem Abortus verstrichen war. Im übrigen waren die Plasmazellen reichlicher bei frischer Entzündung nachweisbar, spärlicher bei alten Entzündungen und in diesen Fällen auch weniger gut färbbar. In acht Fällen, in welchen wir nach dem Befund der Adnexe Plasmazellen im Endometrium vermutet hätten, fehlten sie. Nichtsdestoweniger muß auch dieser Teil unserer Nachprüfung als eine Bestätigung der von Hitschmann und Adler umgeänderten Lehre von der Endometritis angesehen werden.

Schließlich möchte ich mir erlauben, auf eine Erfahrungstatsache hinzuweisen, die mit der in der Hitschmann-Adlerschen Arbeit erwähnten, bereits bekannten Annahme, daß Uterusblutungen nur von Störungen der Ovarialfunktion und nicht vom Endometrium abhängen, zu widersprechen scheint. Es zeigte sich nämlich, daß die Abrasio der verdickten, drüsenreichen Mukosa gar nicht selten zur Heilung der Blutungen führt. Die früher sehr reichlichen und protrahierten Menses werden spärlicher und kürzer und schließlich von normaler Dauer und Intensität. Für diese Fälle von Uterusblutungen dürfte doch wohl ein Zusammenhang zwischen dem verdickten, drüsenreichen Endometrium und den Blutungen ohne Beeinflussung von seiten der Ovarien bestehen.

Zur Kasuistik der Verdoppelungen und Atresien des weiblichen Genitalapparates.

Von Dr. **Catharine v. Tussenbroek** (Amsterdam).

(Mit 2 Textfiguren.)

Am 9. Februar 1906 trat, vom Hausarzt geschickt, ein Mädchen in mein Sprechzimmer mit der Klage, daß sie seit etwa elf Monaten an Weißfluß leide, welcher sehr profus und dann und wann fötid sei. Sonst hat sie keine Beschwerden. Der allgemeine Gesundheitszustand läßt wenig zu wünschen übrig, die Menstruation kommt regelmäßig, ohne Schmerzen, dauert etwa eine Woche, ist nicht profus. Temperaturerhöhung wurde nicht wahrgenommen. Vom Hausarzt verordnete Vaginalspülungen, seit etwa 4 Monaten genommen, haben keine wesentliche Besserung gebracht.

Das 26jährige, gut entwickelte, wohlgenährte Mädchen zeigte blasse Gesichtsfarbe und bleiche Lippen, doch sah es übrigens nicht leidend aus. Die gynaekologische Untersuchung war ziemlich schwierig. Das intakte Hymen ließ zwar ohne Mühe den Zeigefinger durch, doch die Portio vaginalis stand sehr hoch, stark nach links verschoben; der Uterus war durch starke Spannung der Bauchdecken bimanuell nicht genau abzutasten. Nur soviel ließ sich eruieren, daß das Corpus nicht vergrößert war und mehr weniger nach rechts abgewichen lag. Die Portio vaginalis bot weder dem Tastgefühl noch dem Auge im Spekulum etwas Abnormes dar. Kein Erosionen, keine Polypen und von Fluor albus keine Spur.

Als ich das letztere der Patientin mitteilte, sagte sie mir, der Fluor käme gewöhnlich einmal täglich, meist abends und wäre dann auf einmal so profus, daß das Wasser durch die Kleider dränge und den Boden benetzte.

Ich bat sie, so gut wie möglich zu sammeln, was abfloß, und am nächten Morgen wieder zu kommen. In der Tat zeigte sie mir am folgenden Tag ein von eitriger Flüssigkeit ganz durchnäßtes Tuch.

Da ich keine Diagnose stellen konnte, schlug ich eine Untersuchung in Narkose vor. Patientin konnte sich nicht sogleich entschließen und kam erst anfangs September wieder. Der Zustand war inzwischen derselbe geblieben wie zuvor. Patientin wurde in das Krankenhaus aufgenommen, und da ich die digitale Abtastung des Cavum uteri beabsichtigte, schickte ich eine dreitägige Laminariadilatation der Narkose voraus. Ich hatte nämlich die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf einen nekrotischen Schleimhautpolypen des Cavum uteri gestellt. Da die Portio hoch stand, stark nach links und hinten gerichtet war und noch dazu in eine Schleimhautfalte der linken Fornix vaginae sich versteckte, während die Gebärmutter sich nicht gut nach unten ziehen ließ, war die Einführung des ersten Laminariastiftes ziemlich schwierig. Das zweite und dritte Mal ging die Einführung viel leichter vonstatten.

7. September Untersuchung in Narkose. Das Corpus uteri, ziemlich klein, ist nach rechts verlagert. In der linken Beckenhälfte, ungefähr symmetrisch gelagert mit dem Uteruskörper und gleichfalls mit der Cervix uteri verbunden, befindet sich ein Tumor, der etwas größer und viel weicher als das Corpus uteri ist. Tumor und Uteruskörper sind ganz frei voneinander, nur daß sie beide mit der Zervix zusammenhängen.

Als ich den linkseitigen Tumor genau bimanuell betastete, entleerte sich ein Strom von Eiter aus der Vagina, während der Tumor merkbar an Umfang abnahm.

Nachdem ich, vorsichtig knetend und drückend, den Tumor möglichst vollständig von Eiter entleert hatte, blieb nicht ein schlaffer Sack, sondern ein massiver, fester Körper zurück, ungefähr so groß wie das nach rechts gelagerte Corpus uteri.

Es galt jetzt die Ausflußöffnung des Eiters in der Scheide zu finden. Mit dem Tastgefühl war das nicht gelungen. Ich desinfizierte die Vagina und führte ein Spekulum ein. Auch so gelang es nicht, eine andere Öffnung zu finden, als das dilatierte Ostium externum. Bei der Untersuchung der Uterushöhle zeigte sich nun folgendes: Vom Ostium exteruum aus führt die Sonde nach rechts in einen virginellen Uterus von normaler Länge. Der eingeführte Finger kann die Höhle genau abtasten; sie ist vielleicht etwas schmäler als normal, zeigt aber sonst nichts Abnormes, keine Polypen, keinen eitrigen Inhalt. Links in der Zervixwand, etwa 1 *cm* über dem Ostium externum befindet sich eine kleine Öffnung, durch welche die Sonde in eine geräumige Höhle gelangt. Nachdem die Öffnung derart erweitert ist, daß sie den Finger passieren läßt, gelangt dieser in einen Sack mit glatter, fester Innenwand, starr und unelastisch, wie man dies bei einer geöffneten Hämatokolpos fühlt. Aus diesem Sack entleert sich ein Rest von Eiter in den Zervikalkanal.

Die linke Zervixwand, welche die Scheidewand bildet zwischen Zervixhöhle und Eitersack, ist unten scharfrandig und dünn und wird nach oben schnell dicker. Betastet man mit dem eingeführten Finger die untere Hälfte des Eitersackes, so fühlt man, daß der Sack dem Vaginalschlauch links oben dicht anliegt und bis nahe an den vorderen Beckenring reicht, so daß man meinen könnte, der Eiterherd befände sich im Beckenbindegewebe. Führt man aber den Finger nach oben in den Sack, dann fühlt man bei bimanueller Betastung deutlich, daß er sich in einem verschlossenen, mit der äußeren Hand gut zu umgreifenden Sack befindet, welcher sich besonders in seinem oberen Teil fest und massiv anfühlt, ganz frei ist von der Beckenwand und mit der Zervix zusammenhängt.

Die Höhle wird jetzt ausgespült und mit Jodoformgaze tamponiert. Ausspülung und Tamponade wurden noch einige Male wiederholt und am 26. September wurde Patientin entlassen. Der Ausfluß hatte ganz aufgehört und hat sich bis jetzt nicht wieder gezeigt.

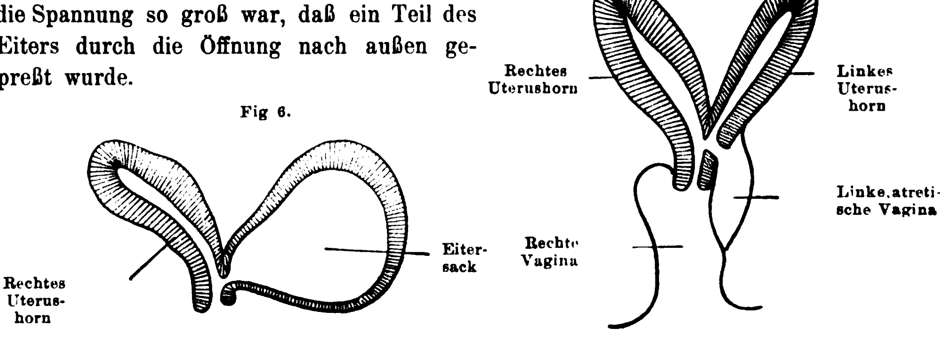
Es fragt sich jetzt, welche Bedeutung diesem mit der Zervikalhöhle kommunizierenden Eitersack bei einer Virgo intacta zukommt. Abszesse von den Nachbarorganen konnten mit großer Wahrscheinlichkeit ausgeschlossen werden. Konstitutionelle Krankheiten gab es weder bei der Patientin, noch in ihrer Familie. Blase und Rektum waren gesund und funktionierten gut. Eine vereiterte Ovarialzyste konnte schwerlich in die Zervix durchbrechen, und die schon an und für sich unwahrscheinliche Möglichkeit, daß es sich um einen Abszeß in der Substanz der Gebärmutter handeln könnte, war durch den bimanuellen Befund eines ganz von dem Uterus unabhängigen Tumors ausge-

schlossen. Es blieb also als Wahrscheinlichkeitsdiagnose übrig: Uterus duplex bicornis mit vereiterter Hämatometra im linken, funktionell abgeschlossenen Uterushorn. Diese Diagnose wurde bestätigt durch folgende Mitteilung aus der Anamnese, welche ich nachher von der Mutter erhielt.

Patientin hatte mit dem 12. Jahre zuerst die Menses bekommen. Ein Jahr später erkrankte sie an Influenza. Während dieser Erkrankung verlor sie plötzlich per vaginam eine große Menge Blut. Es war aber kein gewöhnliches Blut, sondern eine dicke, bräunliche Masse, wie Schokolade. Nachher war das Mädchen immer gesund gewesen, bis vor etwa einem Jahre das jetzige Leiden begann.

Aus dieser Mitteilung erhellt, daß, während die Menstruation des rechten Hornes regelmäßig vonstatten ging, das Menstrualblut im linken Uterushorn sich während des ersten Jahres sammelte; sei es, daß die kleine Öffnung im Zervikalkanal damals noch nicht bestand und erst später infolge des Inhaltsdruckes an der Stelle des geringsten Widerstandes Perforation erfolgte, sei es, daß die vom Anfang an bestehende Öffnung verlegt war, so daß sie dem Menstrualblut keinen Abfluß gewähren konnte.

Nachher, vielleicht im Gefolge der Influenza, trat Vereiterung der retinierten Blutmasse ein. Diese Eiterung blieb latent, bis die Spannung so groß war, daß ein Teil des Eiters durch die Öffnung nach außen gepreßt wurde.



Ist die oben gegebene Darstellung richtig, dann kann die in Fig. 6 dargestellte Skizze meinen Befund bei der Untersuchung in Narkose veranschaulichen.

Diese schematische Darstellung läßt noch eines unerklärt, nämlich den Befund, daß der untere Teil des Eitersackes sich so ganz in der Nähe von Vaginalschlauch und Beckenwand ausbreitete. Ich glaube deshalb, daß die Sache nicht ganz so einfach war, als ich sie oben dargestellt habe, und daß nicht nur der Uterus, sondern auch die Vagina an der Mißbildung beteiligt war: daß der Eitersack aus linkem Uterushorn und atretischer linker Vagina bestand.

Damit würde erstens stimmen, daß bei der vaginalen Exploration der linken Fornix vaginae statt eines Laquear sich eine ins Lumen der Vagina hineinspringende Leiste darbot, und zweitens folgender Befund, den ich bei dem ersten Wechsel der Tamponade erhob. Ostium externum und Öffnung in der linken Zervikalwand waren damals noch für den Finger durchgängig. Der Versuch, in den oberen Teil des Sackes einzudringen, mißlang, weil der Finger auf einen Schleimhautwulst stieß, welcher bei der Exploration in Narkose, als der Sack noch gefüllt und distendiert war, nicht bestand. Diesen Schleimhautwulst betrachtete ich als die Grenze zwischen linkem Uterushorn und linker Vagina.

Der Befund am zweiten Tage nach der Entleerung des Eiters kann durch obenstehende Skizze veranschaulicht werden (Fig. 7). Vor etwa 4 Jahren habe ich einen beinahe ganz ähnlichen Fall beobachtet. Dieser Fall wurde später von Prof. Treub operiert,

so daß die Diagnose bestätigt werden konnte. Der Operationsbefund ist in der Sitzung der Ned. Gyn. Vereeniging vom 14. Dezember 1902 mitgeteilt. Die Krankengeschichte war folgende:

Patientin, eine 17jährige Virgo, seit dem 12. Jahre ziemlich regelmäßig menstruiert, verliert in der letzten Zeit Blutspuren während der intermenstruellen Periode. Sie klagt über Kopfschmerzen und fühlt sich schwach. Keine Bauchschmerzen.

Exploration: Vagina sehr eng, trichterförmig nach rechts oben verzogen. Im Grunde des Trichters kann die Kuppe des Fingers mit Mühe einen resistenten Rand erreichen, der für die Portio vaginalis gehalten wird. Spekulum-Untersuchung sowie Einführung der Sonde unmöglich. In der linken Hälfte der Vagina befindet sich ein weich-elastischer Tumor, welcher bei der bimanuellen Exploration mit dem Uterus verbunden zu sein scheint. Es wurde die Diagnose auf Haematokolpos lateralis gestellt. Als aber die Probepunktion nicht Blut, sondern eine trüb-seröse Flüssigkeit zutage förderte, kam die Diagnose ins Wanken.

Bei der Operation wurde die Zyste von der Vagina aus geöffnet; es entleerte sich grünlich gefärbter dünner Eiter in großer Menge. Der Sack wurde aus seinen Verbindungen herausgeschält, was ziemlich leicht gelang, bis auf einen derben, nach rechts gerichteten Strang, der nicht gelöst werden konnte. Es stellte sich heraus, daß dieser Strang die Verbindung mit dem Uterus war. Dieses Organ war mit der Zystenwand nach unten gezogen und derart lädiert, daß es exstirpiert werden mußte. — Die ursprüngliche Diagnose war richtig gewesen. Das Präparat bestand aus einem Uterus bipartitus mit staffelförmig eingedrücktem Fundus. Die Höhle war durch ein Septum in zwei Kammern geteilt. Die linke Hälfte kommunizierte mit dem verschlossenen Vaginalsack. Es handelte sich also um eine linkseitige Hämatokolpos, welche in Pyokolpos umgewandelt war. Aus der Anamnese ergab sich, daß von einem anderen Arzt früher Punktion des Vaginalsackes ausgeführt und damals nicht Eiter, sondern zersetztes Blut aspiriert worden war. Nachher hat Patientin einmal spontan, außerhalb der Periode, eine Menge dunklen Blutes verloren, was früher nie der Fall war. Es liegt auf der Hand, anzunehmen, daß die Punktionsöffnung sich nicht geschlossen hat und daß durch diese Öffnung Infektion mit nachträglicher Vereiterung der retinierten Blutmenge stattgefunden hat.

Wenn auch in diesem Fall die nicht beabsichtigte Uterusexstirpation zu bedauern ist, so hat die Patientin dadurch wohl kaum einen wirklichen Nachteil erlitten, weil bei der großen Deformität der Scheide und der ungeeigneten Position der Portio vaginalis eine Konzeption wohl kaum möglich gewesen wäre.

Anders steht es mit der ersterwähnten Patientin. Sie ist verlobt. Darf sie heiraten? Ich glaube ja. Hoffentlich ist durch die erweiterte Öffnung in der Zervixwand der Abfluß des Menstrualblutes jetzt gesichert und sollte eine Anhäufung sich wiederholen, dann kann durch einen Schlitz in der Scheidewand zwischen linker und rechter Vagina dauernd abgeholfen werden. Wenn auch das linke Uterushorn für die Einbettung eines Eichens wahrscheinlich untauglich ist, so dünkt mir das rechte, normal menstruierende und gut entwickelte Horn zur Entwicklung und Herausbeförderung eines Kindes durchaus fähig.

Daß der Uterus bicornis bisweilen seine Funktion ganz gut erfüllen kann, ist durch viele Wahrnehmungen festgestellt, und habe ich dies noch vor kurzem in folgendem Falle erfahren:

Eine jung verheiratete Frau konsultierte mich wegen Unmöglichkeit der Kohabitation. Ich fand ein enges, dickes, unnachgiebiges Hymen, inzidierte und führte Dilatatorien ein. Dabei stießen die stärkeren Nummern auf einen unüberwindlichen Widerstand. Ich versuchte zwei Finger einzuführen: sie drangen ohne Schwierigkeit ein, doch jeder in eine andere Vagina. Zwischen beiden befand sich eine dicke, fleischige Scheidewand, welche vom Introitus bis zur Portio vaginalis reichte. In der rechtseitigen Vagina fühlte man hoch oben eine Portio mit deutlichem Ostium. Links konnte man nur eine Andeutung der Portio, aber kein Ostium fühlen.

Ich teilte der Patientin mit, daß eine kleine Operation notwendig sei, und da sie vorzog, sich in einem katholischen Krankenhaus von einem katholischen Kollegen behandeln zu lassen, schrieb ich diesem meinen Befund.

Sobald die Patientin entlassen war, kam sie zu mir zurück. Das Septum war entfernt. Im Spekulum sah man jetzt eine doppelte Portio vaginalis mit zwei klaffenden, von einem glasigen Schleimpfropf angefüllten Ostien. Die ins rechte Ostium eingeführte Sonde führte stark nach rechts, die ins linke Ostium eingeführte stark nach links: es bestanden also zwei divergierende Uterushörner. Bimanuell war der Uterus schwierig abzutasten.

Als ich Patientin einige Zeit nachher wiedersah, war sie etwa zwei Monate schwanger. Die bimanuelle Untersuchung bot jetzt gar keine Schwierigkeiten dar: beide Uterushörner konnten genau abgetastet werden. Beide waren weich und vergrößert, ungefähr gleich groß, so daß ich über den Sitz des Eichens in Zweifel blieb und die Möglichkeit einer doppelseitigen Schwangerschaft ins Auge faßte.

Drei Monate später konnte festgestellt werden, daß das rechte Uterushorn das schwangere war. Der Fruchhalter hatte sich in die Medianlinie gestellt. Patientin spürte Kindesbewegungen.

Der Schwangerschaftsverlauf war, soweit ich ihn verfolgen konnte, durchaus normal. Über die Geburt habe ich noch keinen Bericht.

Daß der Uterus bicornis auch der Aufgabe gewachsen ist, das Kind spontan auszutreiben, steht aus vielen Beobachtungen fest. Als einen der merkwürdigsten nenne ich den von Treub[1]) beschriebenen Fall einer VIII-para mit doppeltem Uterus, welche 7mal spontan und leicht aus dem linken Uterushorn gebar und nachher in beiden Hörnern zugleich schwanger wurde.

Aus der Frauenklinik und Hebammenschule der Universität Perugia.

Hydrorrhoea cervicalis aus den Malpighi-Gartnerschen Kanälchen nach abdominalem Kaiserschnitt mit subtotaler Uterusexstirpation.

Von **P. Sfameni,** Professor und Direktor der Universitäts-Frauenklinik in Perugia.

In einer früheren Arbeit (1) hatte ich schon Gelegenheit, die Aufmerksamkeit der Gynaekologen auf eine sehr seltsame Tatsache hinzulenken, welche von Wichtigkeit erscheint, weil sie sehr leicht zu irrigen Auffassungen Anlaß geben kann. Ich meine damit das Vorhandensein abdominaler und vaginaler Fisteln, welche nach gynaekologischen Eingriffen verschiedener Art auftreten und welche nach längerer oder kürzerer Zeit spontan heilen, ohne jedes Anzeichen ihres Bestehens zurückzulassen.

Der Irrtum der Auffassung liegt darin, daß diese Fisteln sehr leicht mit Ureterfisteln verwechselt werden können. Bedenkt man, wie ernst die Prognose bei diesen letzteren lautet und welch günstige Prognose dagegen die anderen Fisteln zulassen, so überzeugt man sich ohne weiteres, daß deren richtige Unterscheidung vom klinischen Standpunkte von großer Wichtigkeit ist. Diese Wichtigkeit erscheint noch größer, wenn man bedenkt, daß eine verfehlte Diagnose den Arzt zu sehr schwer schädigenden und unnützen Operationen verführen kann, da eine Ureterfistel, wenn es sich wirklich um eine solche handelt, sogar die Abtragung der Niere rechtfertigt. Der Chirurg würde in solchem Falle, wenn keine Ureterfistel vorhanden war, die unange-

---

[1]) Grossesse double dans un utérus double. Annales de la Société Obstetricale de France, 1902.

nehme Überraschung erleben, daß er eine Verstümmelung vorgenommen hatte und die Sekretion der Fistel unverändert bleibt, während die des Urins dennoch auf natürlichem Wege fortfährt. Wenn dies tatsächlich, soviel ich weiß, nie vorgekommen ist, so glaube ich, dies der spontanen, gewöhnlich sehr raschen Heilung der nicht ureteralen Fisteln zuschreiben zu müssen. Ausnahmsweise nur bleiben sie längere Zeit in Tätigkeit; in sehr seltenen Fällen dauerten sie über ein Jahr. Fast immer erklärt der Arzt bei solch unvermutetem Aufhören des Flüssigkeitsverlustes, daß es sich um spontane Heilung von Ureterfisteln gehandelt habe, und stellte sich damit der von fast allen Chirurgen geteilten Annahme entgegen, daß Ureterfisteln niemals spontan heilen. Tuffier (2) entgegnete den ihm von Ricard diesbezüglich gemachten Einwendungen folgendermaßen: „Man mag sagen, was man will: es ist bewiesen, daß die seitlichen Fisteln existieren und daß die Ureterfisteln spontan heilen.“ Mir scheint, wenn ein Beweis etwas mehr bedeuten soll als eine einfache Behauptung, so hatte Tuffier in diesem Falle unrecht.

In meiner vorausgegangenen Arbeit habe ich die Fälle von Fisteln, welche als Ureterfisteln angesehen wurden und spontan heilten, gesammelt und in ihnen Einzelheiten untersucht, wie sie von den verschiedenen Autoren angegeben wurden. Aus diesen Studien entnahm ich, daß die ureterale Natur der Fistel in keiner jener Beobachtungen wirklich und positiv bewiesen war. Im allgemeinen handelt es sich um unvollständige Beobachtungen, über die mit einer in solchem Falle übel angebrachten Kürze berichtet wird; es fehlen die wichtigsten Tatsachen, welche erst ein entscheidendes Urteil über die wahre Beschaffenheit der Fistel ermöglicht hätten. Nur hier und dort finden sich Umstände hervorgehoben, die aber vielmehr gegen die Annahme einer Ureterfistel sprechen als für dieselbe.

Da meine vorige Veröffentlichung Ausführliches darüber brachte, kann ich mich hier auf einen neuen klinischen Fall beschränken, den ich beobachtet habe und welcher mir geeignet erscheint, die damals entwickelten Gedanken mehr und mehr zur Geltung zu bringen:

Krankengeschichte 267. Geburtshilfliche Abteilung, Studienjahr 1904—1905. S. N., ledig, 22 Jahre alt. Prostituierte, geboren und beheimatet in Pisa. Nach Angabe der Patientin starb der Vater an Urinblasenkrankheit; die Mutter gebar acht ausgetragene Kinder und starb an Nierenentzündung, drei Brüder leben und sind gesund, vier starben in zartem Alter. Als Kind litt die Patientin an Rachitis. Vom 14. Lebensjahre Menses regelmäßig (4–5 Tage lang) vierwöchentlich. Seit 15 Monaten ergab sie sich aus Armut der Prostitution. Vor ungefähr vier Monaten wurde sie von Ulcus molle an der Vulva ergriffen und vor einem Monate syphilitisch erkrankt befunden, weshalb sie in der dermosyphilopathischen Klinik Aufnahme fand, in welcher sie bis zum 6. August 1905 verblieb, an welchem Tage sie in die Universitäts-Frauenklinik in Pisa übertrat. Die letzte Menstruation im Dezember 1904 (den Tag vermag Patientin nicht anzugeben) war etwas spärlicher als gewöhnlich. Patientin, die nach ihrer Aussage zum ersten Male schwanger ist, hatte weder über Erbrechen noch über die sonstigen Schwangerschaftsbeschwerden zu klagen. Im Februar 1905 glaubte Patientin die ersten fötalen Bewegungen gefühlt zu haben, d. h. drei Monate nach der letzten Menstruation. Sie ist von kleiner Körpergestalt (1·28 *m*), das ganze Skelett weist deutlich Spuren überstandener Rachitis auf, besonders an der Wirbelsäule und an den Knochen der unteren Extremitäten, welche stark verbogen sind. Die Brüste sind klein, die Warzen gut entwickelt; der erste Warzenhof wenig pigmentiert, der zweite fehlt fast gänzlich; einige kleine frische Striae, Brustdrüse traubenförmig, auf Druck leicht empfindlich. Beim Ausstreichen der Drüsen gegen die Warze hin erscheinen einige Tröpfchen einer milchigen Flüssigkeit. Der Bauch ist umfangreich, der Nabel flach; leichte Pigmentierung der Linea alba; frische Striae zwischen Nabel und Schoßfuge und seitlich vom Nabel. Bei der Betastung wird eine weiche Geschwulst gefühlt, die alle die Beschaffenheiten des schwangeren

Uterus hat. Der Gebärmuttergrund reicht bis zum Processus xyphoideus; der Fötus liegt längswärts in Kopflage; der Kopf ist über dem Beckeneingang frei beweglich; die fötalen Herztöne sind sehr deutlich und regelmäßig im unteren rechten Quadranten des Bauches vernehmbar; die Vulva ist klein wie bei Frauen, die noch nicht geboren haben; der Damm intakt; die Scheide ist unten eng und runzelig, oben weit und glatt. Die gelockerte und erweichte Zervix ist von normaler Länge: der äußere Muttermund geschlossen, klein, querüber gehend, mit regelmäßigem, zugespitztem Umriß. Der Uterushals steht sehr hoch und linksseitig (an der linken Articulatio sacroiliaca), der untere Abschnitt des Corpus uteri ausgedehnt; durch denselben erreicht man nur mühsam den vorliegenden Teil, weil dieser sehr hoch steht; gut bemerkbar ist das vaginale Ballotement.

Beckenmessung: Beckenumfang 74 *cm*; Distanz der Spinae ant. superiores 23 *cm*; Distanz der Cristae ossium ilei 26 *cm*; Distanz der Trochanteren 29 *cm*; rechter schräger Durchmesser 21·5 *cm*; linker schräger Durchmesser 21 *cm*; Conjugata externa 14 *cm*; Conjugata diagonalis 6·3 *cm*.

Urinuntersuchung (am 27. August 1905): Etwas trübes Aussehen. Bernsteingelb. Spezifisches Gewicht 1015. Sauere Reaktion. Weder Albumen noch Blut oder Zucker vorhanden. Am 27. August 1905 um 7 Uhr 30 Minuten abends treten einige schmerzhafte Uteruskontraktionen auf. Nach 25 Tropfen Opiumpräparat rektal gegeben, hören die Wehen auf und tritt Ruhe ein bis 11 Uhr, worauf trotz weiterer 25 Tropfen Opiumpräparat die Wehen nicht mehr aussetzten.

Untersuchung am 28. August 6 Uhr früh: Kopf des Fötus beweglich am Beckeneingang; er bildet eine Stufe oberhalb der Schamfuge. Der Uterushals ist vollständig verstrichen, der äußere Muttermund auf 6 *cm* erweitert, die Fruchtblase unversehrt, länglich, sehr gespannt. Da die Eröffnungsperiode so vorgeschritten ist, so kann man nicht mehr auf Fortdauer der Schwangerschaft hoffen; ein Eingriff erscheint geboten. Während der Vorbereitungen zum Kaiserschnitt springt spontan die Blase. Es fließt eine grünliche Flüssigkeit ab.

Operation: Um 8 Uhr 30 Min am 28. August 1905 beginnt die Operation. Nach Eröffnung der Bauchhöhle und Herausziehung des Uterus wird dieser quer auf dem Grunde durchschnitten (Methode von Fritsch). Dei obere Rand der auf der hinteren Uteruswand rechts inserierten Plazenta reicht bis zum Gebärmuttergrunde und entspricht dem auf diesem geführten Schnitte; das Plazentargewebe wird jedoch nicht angeschnitten, nur jener Teil der Plazenta, welcher in die Schnittlinie fällt, ist von der Uteruswand abgetrennt, der Blutverlust ist gering; die Eihäute werden in der Nähe des Plazentarrandes gesprengt, der Fötus herausgenommen und der Hebamme zur nötigen Behandlung anvertraut, nachdem die Nabelschnur zwischen zwei Kocherschen Pincen durchschnitten ist. Da in Anbetracht der besonderen Bedingungen, unter welchen die Operation ausgeführt wurde, sowie des Gesundheitszustandes und des Gewerbes der Patientin die Abtragung des Uterus und der Adnexe beschlossen war, wurde die Nachgeburt nicht herausgenommen, sondern man schritt sogleich dazu, die beiden Lig. susp. ov. und die beiden Lig. rot. ut. zu unterbinden. Längs jedes Uterusrandes und dicht daran wird eine Klemme angebracht. Zwischen dieser und den Schlingen wird das Ligamentum latum mittelst der Schere auf jeder Seite von oben nach unten mit schiefem und konvergierendem Verlaufe fast bis zum Isthmus gespalten. Mit dem Messer wird das Peritoneum an der Vorderseite des Uterus 3 *cm* über dem Isthmus schräg durchschnitten, so daß die zwei Längseinschnitte auf den Ligam. lata sich vereinigen. Es wird damit ein peritonealer Vorderlappen gebildet, welcher losgelöst und samt der Blase, welche somit von der Vorderseite des Uterus getrennt bleibt, nach unten gedrängt wird. Nachdem die Uterusgefäße sowohl rechts als links auf ihrem vertikalen Übergange längs der Ränder des Organs freigelegt sind, wird ihre Unterbindung im Niveau des Isthmus ausgeführt. Darauf wird der Uterus mittelst schräger Einschnitte im Niveau des Isthmus abgetragen. Auf diese Weise werden die Eierstöcke mit dem Uterus entfernt. Naht des Uterusstumpfes mit Catgut. Subperitoneale Versenkung dieses Stumpfes mit den sechs Gefäßstielen. Auch die Peritonealnaht wird in transversaler Richtung und mit Catgut ausgeführt. Da der Beckeneingang ausgeräumt ist, wird die Länge der Conjugata vera unmittelbar festgestellt. Zwischen dem Promontorium

des Kreuzbeins und dem oberen Rand der Schamfuge liegt eine Entfernung von genau 4 *cm*. Naht der Bauchwände in drei Schichten. 1. Fortlaufende Peritonealnaht mit Catgut. 2. Knopfnähte der Muskelfaszien ebenfalls mit Catgut. 3. Knopfnähte der Haut mit Seide. Die Operation dauerte ungefähr drei Viertelstunden. Der weibliche Fötus atmet gleich nach der Geburt und schreit mit ziemlich lauter Stimme. Gewicht 1599 *g*, Länge 41 *cm*. Durchmesser des Kopfes: Gerader Durchmesser 10 *cm*, großer schräger Durchmesser 10 *cm*, kleiner schräger Durchmesser 6·5 *cm*, Diameter mento-frontalis 5·5 *cm*, Diameter submento-bregmatica 8 *cm*, großer querer Durchmesser 7 *cm*, kleiner querer Durchmesser 6·5 *cm*, Diameter bimastoidea 6 *cm*. Der quere Durchmesser der Schultern beträgt 10 *cm*. Diameter sternodorsalis 8 *cm*. Der quere Hüftdurchmesser mißt 7 *cm*. Diameter sacro-pubica 3 *cm*. Gewicht der Nachgeburt 355 *g*, Gewicht der Plazenta allein 238 *g*, Länge der Nabelschnur 32 *cm*. Die Plazenta ist rund, die Insertion der Nabelschnur seitlich. Plazentargewebe makroskopisch normal. Die Mutter säugt das Kind selbst, welches jedoch keine genügende Kraft zum Saugen hat und am achten Tage nach der Geburt stirbt.

Postoperativer Verlauf: In den ersten 24 Stunden einige Male Erbrechen. Bis zum dritten Tage nach der Operation bleibt die Temperatur normal; nur einmal stieg sie bis 37·8. Am vierten Tage jedoch stieg sie auf 38·6. Darauf blieb sie stets etwas über der Norm, aber erreichte nicht mehr die Höhe des vierten Tages. Am 16. Tage hören die leichten Steigerungen der Temperatur auf und diese nimmt normale Höhe an. Regelmäßige Ausscheidung und spontane Absonderung des Urins. Am vierten Tage ausgiebiger Stuhlgang. Von da an funktionieren Darm und Blase ganz normal. Zehn Tage nach der Operation werden die Bauchnähte entfernt; es zeigt sich, daß die Verwachsung per primam zustande gekommen ist. Zwischen den verschiedenen Nahtetagen keine Flüssigkeitsansammlung. 17 Tage nach der Operation, am 14. September, steht die Patientin vom Bette auf und fühlt sich vollkommen wohl. Am nächsten Tage, 15. September, bemerkt sie, daß aus den Geschlechtsteilen fortwährend Flüssigkeit abgeht. Diese ganz neue Erscheinung des unfreiwilligen Flüssigkeitsverlustes dauert in den folgenden Tagen an, und zwar so reichlich, daß in wenigen Stunden in einem unter das Gesäß der Patientin gestellten passenden Behälter mehr als $^1/_2$ Liter dieser Flüssigkeit angesammelt wird. Das Urinieren geht jedoch regelmäßig fort, nur ist der Urin etwas spärlicher. Weder in dem Krankenzimmer ist Uringeruch zu bemerken noch auch am Bette der Kranken selbst, obschon dieses letztere reichlich mit Flüssigkeit getränkt war. Diese aus der Scheide stammende Flüssigkeit wird vier Stunden hindurch gesammelt und ebenso der in derselben Zeit in der Blase angesammelte Urin, um beides zu untersuchen.

Resultat der Untersuchung:

1. Flüssigkeit aus der Scheide. Sie ist blaßstrohfarben. Quantität 590 *cm*³. Kein besonderer Geruch. Spezifisches Gewicht 1002. Alkalische Reaktion. Kein Albumin, kein Zucker, kein Blut.

Quantitative Bestimmung der Harnsäure (Methode von Krüger und Wulff): 100 *cm*³ Flüssigkeit ergeben 6·6 *cm*³ Zehntelnormalammoniaklösung. Harnsäurestickstoff auf 100 *cm*³ Flüssigkeit = 0·00924 *g*; auf 1000 *cm* = 0·0924 Harnsäurestickstoff oder 0·2772 *g* Harnsäure.

Quantitative Bestimmung des Harnstoffes (Methode von Mörner und Sjöqvist): Mit 2·5 *cm*³ Flüssigkeit ergibt sich zuletzt der Verbrauch von 2·2 *cm*³ Zehntelnormalschwefelsäure entsprechend 0·00308 *g* Harnstoff-Stickstoff. Auf 1000 *cm*³ Flüssigkeit kommen 1·232 *g* Harnstoff-Stickstoff oder 2·63648 *g* Harnstoff.

Die mikroskopische Untersuchung des durch Zentrifugation einer gewissen Flüssigkeitsquantität erhaltenen Bodensatzes ergibt nur das Vorhandensein von Epithelzellen der Scheide in mäßiger Anzahl.

2. Urin. Bernsteinfarbe. Quantität 180 *cm*³. Charakteristischer Geruch des Urins. Spezifisches Gewicht 1035. Saure Reaktion. Albumin, Blut, Zucker nicht vorhanden.

Quantitative Bestimmung der Harnsäure (Methode Krüger und Wulff): 100 *cm*³ Urin ergeben 21·3 *cm*³ Zehntelnormalammoniaklösung. Harnsäurestickstoff auf 100 *cm*³ Urin 0·02982 *g*; auf 1000 *cm*³ 0·2982 *g* oder 0·8946 *g* Harnsäure.

Quantitative Bestimmung des Harnstoffes (Methode Mörner und Sjöqvist): Mit 2·5 cm^3 Urin ergibt sich zuletzt der Verbrauch von 13·1 cm^3 Zehntelnormalschwefelsäure. Harnstoff-Stickstoff 0·01834 *g*, auf 1000 cm^3 Urin 7·336 *g* oder 15·69904 *g* Harnstoff. Der durch Zentrifugieren erhaltene Bodensatz weist nur einige Epithelzellen von der Blasenoberfläche und einige hyaline Harnzylinder auf.

Nach Verabreichung von Salol wurden jedesmal sowohl die aus den Genitalien abgehende Flüssigkeit als auch der Urin auf die charakteristische Reaktion hin untersucht. Das Resultat war stets negativ bei der ersteren Flüssigkeit und augenscheinlich positiv beim Urin. Es wurden die Zystoskopie und der Ureterkatheterismus beschlossen, um die Art des Funktionierens der Ureteren festzustellen. Als aber die Patientin zum Untersuchungsstuhl geführt wurde, geriet sie außer sich und verweigerte jede Untersuchung, da eine solche nach ihrer Behauptung nur zu Studienzwecken und nicht zu ihrem Besten bestimmt sei. Es wurde daher beschlossen, die aus der Vagina abgehende Flüssigkeit in Tiervenen zu injizieren. Drei junge, ziemlich kleine Kaninchen wurden zu diesen Versuchen benutzt. Einem wurden 5 cm^3 Flüssigkeit eingespritzt, dem andern 10 cm^3 und dem dritten 20 cm^3, und zwar stets in die äußere Ader des Ohres. Keines der drei Tiere zeigte kurz oder auch später nach der Operation nennenswerte Erscheinungen. Es war beabsichtigt, die Untersuchung mit Injektion größerer Flüssigkeitsmengen fortzusetzen, doch kam es nicht dazu, weil nach einigen Tagen die Sekretion aufhörte. Am 24. Tage nach der Operation, d. h. am 21. September und sechs Tage nach dem Auftreten des Abflusses aus den Genitalien wurden die Geschlechtsorgane untersucht. Die Scheide zeigt nichts Besonderes. Völlige Restitution der Zervix, die klein und von normaler Konsistenz ist. Keine Verhärtung im kleinen Becken, kleine, kaum bemerkbare Stiele. Bei der Untersuchung mit dem Scheidenspekulum erscheint die Portio rosenfarbig, der äußere Muttermund normal. Aus dem letzteren fließt in reichlichen Tropfen eine weiße, klare Flüssigkeit heraus, welche sich in der hinteren Spekulumklappe ansammelt und ganz das Aussehen der Flüssigkeit besitzt, welche aus der Vulva abgeht. Es besteht keine Rötung, weder an der Vulva noch an der Schenkelwurzel. Noch an demselben Abend wurde die Patientin von stechenden Schmerzen in der rechten Darmbeingegend ergriffen, welche sich über den Bauch ausbreiteten. Sie hielten die ganze Nacht an. Dieser Zwischenfall beeinflußte jedoch die Sekretion der Flüssigkeit in keiner Weise; dieselbe verringerte sich erst am 27. September, wurde in den folgenden Tagen immer spärlicher und hörte am 30. September, 14 Tage nach dem Beginn der Sekretion, ganz auf. Mit Ausnahme der Schmerzen am 21. September war der Gesundheitszustand der Patientin stets gut, seitdem dieselbe — es war am 17. Tage nach der Operation — das Bett zum ersten Male verlassen hatte, konnte sie jeden Tag aufstehen. Sie verließ am 5. Oktober 1905 vollkommen hergestellt die Klinik.

Der im vorstehenden in allen Einzelheiten mitgeteilte klinische Bericht läßt sich kurz folgendermaßen zusammenfassen: Rachitische Frau mit engem Becken (3. Grades). Es treten im 8. Schwangerschaftsmonate spontan Geburtswehen auf. Kaiserschnitt mit darauffolgender Abtragung des Uterus in der Höhe des Isthmus. Mit dem Uterus werden auch beiderseits die Adnexe abgetragen. Subperitoneale Versenkung des Uterusstumpfes und der Gefäßstiele. Verlauf post operationem gut. Am 10. Tage werden die Seidenfäden der abdominalen Naht entfernt und es zeigt sich, daß die Wunde per primam geschlossen ist. Am 17. Tage nach der Operation verläßt die Kranke zum ersten Male das Bett. Am nächsten Tage sickert eine dünne Flüssigkeit aus den Geschlechtsteilen in großer Menge: ungefähr 3 Liter in 24 Stunden. Dieser Erscheinung ging weder ein anderes Symptom voraus noch begleitete ein solches dieselbe; selbst die Urinausscheidung erlitt keine bedeutenden Veränderungen, es läßt sich kaum sagen, dieselbe sei etwas vermindert. Es drängt sich nun hier die Frage auf: Was stellt dieser Flüssigkeitsabgang aus den Genitalien dar? Wenn wir für einen Augenblick annehmen, es sei keine spezielle Untersuchung gemacht worden, um den Ursprung des Abflusses zu erforschen, so entstehen folgende Fragen: War dieser Ausfluß das Resultat einer übermäßigen Absonderung der Scheidenschleimhaut? Oder eine

Hypersekretion der Bartholinischen Drüsen? Beides als Folge der Kastration? Dies scheint vom ersten Augenblick an schon wenig annehmbar, weil bekanntlich die Scheidenschleimhaut und die Scheidenvulvadrüsen nach der Kastration nicht in übermäßige Absonderungstätigkeit übergehen, im Gegenteil ist die Scheide des der Eierstöcke beraubten Weibes gewöhnlich trocken, so daß man darin einen Grund erkennen will, weshalb bei einer solchen Frau die geschlechtliche Begierde abnimmt.

Zu derartigen theoretischen Erwägungen liegt jedoch überhaupt kein Anlaß vor, und jene Annahmen werden von selbst hinfällig, denn die Untersuchung mittelst des Spekulums zeigte deutlich, daß die Flüssigkeit aus der Portio quoll, so daß ihr Ursprung zum mindesten in dem Zervixkanal war. Woher kann nun eine dünne, in reichlicher Menge auftretende Flüssigkeit stammen, die unter den geschilderten Bedingungen aus dem Uterushals hervorquillt? Handelte es sich um eine Urinfistel? Es ist dies der erste Gedanke, der bei jedermann auftaucht; indessen treten auch alsbald Tatsachen hervor, die eine solche Hypothese in zweifelhaftem Lichte erscheinen lassen.

Bei Annahme der urinösen Natur der Flüssigkeit könnte es sich nur um eine Zervixblasenfistel oder um eine Zervixureterfistel handeln. Eine Läsion der Blase war aber bei der regelmäßigen und einfachen Operation, die ohne den geringsten Zwischenfall verlaufen war, ausgeschlossen. Auch zugegeben, daß die Blasenwand an einer Stelle mitgenäht worden und abgestorben wäre, so würde die Läsion nicht so spät, 18 Tage nach der Operation aufgetreten sein, zumal noch in Betracht kommt, daß die Naht mit Catgut ausgeführt wurde, das bekanntlich in wenigen Tagen resorbiert wird. Nachdem also der Druck des Fadens aufhörte, muß entweder sofort der Ausfluß erscheinen, oder die Ränder der Unterbrechungsstelle müssen, da keine Flüssigkeit hindurchtritt, in kurzer Zeit sich zusammenschließen und vernarben. Abgesehen von diesen Erwägungen ist jedoch zu bemerken, daß die aus dem Uterushals sickernde Flüssigkeit, wie wir später noch sehen werden, in ihren Eigentümlichkeiten von der in der Blase befindlichen sehr verschieden war; somit konnte von Blasenläsion nicht die Rede sein. Es bleibt nun noch die Annahme einer Zervixureterfistel. Allein eine Verletzung des Ureters ist meines Erachtens bei einer so glatten und einfachen Operation ebenso unwahrscheinlich, besonders wenn man berücksichtigt, daß die Uterusgefäße nach ihrer Freilegung abgebunden wurden, und zwar in ihrem aufsteigenden Teile längs der Uterusränder, also in einem Gebiete, in welchem sie in keiner Nachbarschaftsbeziehung zu den Ureteren stehen. Andrerseits würde es, falls ein Ureter in der Schlinge gefaßt und somit vollkommen abgeschlossen worden wäre, kaum zu verstehen sein, wie ein solcher pathologischer Zustand ohne abnorme Symptome verlaufen sollte, zumal ohne Schmerzen, die bekanntlich in solchen Fällen beinahe regelmäßig sogleich und heftig auftreten, sobald das Hindernis auf den regelmäßigen Lauf des Urins wirkt. Es wird in der Klinik sehr viel auf dieses Symptom gegeben, um den verletzten Ureter zu unterscheiden, da bei Einführung eines die Urinwege verstopfenden Laminariastiftes in den Zervixkanal sogleich der akute charakteristische Schmerz an der Seite der Läsion anhebt. Auch Calderini (2) hat sich in einem von ihm beschriebenen Falle mit Vorteil dieses Mittels bedient. Bis hierher wurde nur das Schmerzsymptom berücksichtigt. Ferner aber hat die Abbindung des Ureters nach Mangiagalli (3) eher Hydronephrose im Gefolge als Nierenatrophie, oder manchmal, wie Wladimiroff (4) gesehen hat, Pyonephrose. Auch die Annahme, daß ein Catgutfaden den Ureter so lange Zeit — 18 Tage — eingeschnürt habe, ist nicht sehr wahrscheinlich, da dieses Material, wie nochmals betont werden soll, viel schneller aufgesogen wird, daher müßte die Fistel früher aufgetreten sein, wenn der Faden die

Wände des Ureters abgeschnitten oder in Nekrose versetzt hätte. Es ist ferner zu beachten, daß die zwischen der angenommenen Abbindung des Ureters und dem Zervixkanale gelegenen Gewebe in 18 Tagen notwendig schon wieder ergänzt und befestigt gewesen sein müßten. Wie konnte dann der Urin den Zervixkanal erreichen, ohne im geringsten in die benachbarten Gewebe einzudringen, welche auch bei der kombinierten Untersuchung keine besondere Erscheinung aufwiesen? Wir wissen aber auch, daß 14 Tage nach dem ersten Auftreten des abnormen Flüssigkeitsverlustes spontane Heilung erfolgte. Bei einer kompletten Ureterfistel kann der Abfluß des Urins spontan aufhören, wenn auch die Nierensekretion aufhört, d. h. wenn Zerstörung des Nierenparenchyms stattfindet; daran aber kann in meinem Falle nicht ernstlich gedacht werden, weil keine Anzeichen vorlagen, daß solche tiefe Nierenalteration stattgefunden habe. Es bleibt noch die Hypothese einer teilweisen Läsion des Ureters, woraus eine seitliche Fistel entstanden wäre. Dagegen ist in erster Linie einzuwenden, daß die Catgutfäden für die Abbindung der Uterusgefäße wie der anderen mittelst einer dicken, stumpfen Dechampsnadel durchgezogen wurden. Wollte man annehmen, dieses Instrument habe, anstatt über einen ziemlich dünnen, widerstandsfähigen Strang, wie es der Ureter ist, hinwegzugleiten, denselben durchquert, so wäre ein weiter Riß desselben die Folge gewesen. Und weshalb hätte dann der Urinabfluß nicht sofort nach der Operation begonnen, als die noch nicht ergänzten Gewebe der Flüssigkeit leichten Durchtritt zur Zervixhöhle gestatteten? Derart unwahrscheinliche Annahmen brauchen nicht berücksichtigt zu werden. Gehen wir zu anderem über. Bekanntlich sondert jede Niere in demselben Zeitraum fast die gleiche Quantität Urin ab. Berard (5) sammelte in einem Falle von Ureterfistel den Urin aus der Blase und aus der Fistel gesondert und stellte fest, daß die in der gleichen Zeit durch die beiden Wege abgehende Quantität Urin dieselbe war, woraus er den Schluß zog, daß auf jedem der beiden Wege die Sekretion je einer Niere Abgang habe. Diese Tatsache diente Berard zur Bekräftigung seiner Ansicht, daß es sich in seinem Falle um eine Ureterfistel gehandelt habe. Leguen (6) fügt hinzu, daß die Quantität des Urins auch bei einer Ureterfistel ungleich sein kann, wenn nämlich die Fistel unvollständig ist. Das scheint mir zu beweisen, daß ein Teil des durch den seitwärts und teilweise verletzten Ureter abfließenden Urins in die Blase abgehen kann. Es ist klar, daß in solchen Fällen die aus der Fistel quellende Flüssigkeit geringer in Quantität sein wird als jene, die sich in der Blase ansammelt. In meinem Falle dagegen war die Flüssigkeitsmenge aus der Fistel dreimal größer als die in der Blase. Verständlich ist, daß eine enge Blasenfistel spontan mit Leichtigkeit heilen kann, wenn man bedenkt, daß in einer bestimmten Lage der Kranken der Urin für eine Zeitlang nicht durch die Fistelöffnung abfließt, da die Flüssigkeit sich in einem Segmente des nicht mit der Fistel in Verbindung stehenden Urinbehälters ansammeln kann. Kein Wunder also, daß in dieser Zeit die Ränder der Läsion sich zusammenschließen, aneinander haften, und wenn auch zunächst nach und nach, fester werden. Unklar dagegen bleibt, wie der Durchgang des Urins durch die Öffnung der lateralen Ureterfistel auch nur für kurze Augenblicke unterbrochen werden kann. Es ist beachtenswert, sagt Mangiagalli (7), wie in den Fällen longitudinaler Läsionen des Ureters diese auch bei einfacher Drainage eine bedeutende Neigung zur Heilung zeigen.

Im allgemeinen kann niemand an einem so glücklichen Ausgang zweifeln. In meinem Falle bleibt mir unverständlich, daß eine angenommene longitudinale Wunde des Ureters in den ersten 18 Tagen, während deren keine Flüssigkeit abging, nicht Zeit gehabt habe, sich zu schließen und statt dessen in den folgenden 14 Tagen vernarbt sei, wo der Abfluß außerordentlich stark war. Ich gehe zur Hauptfrage über. Ist

die aus dem Zervixkanale sickernde Flüssigkeit wirklich Urin oder besser, stellt sie die Absonderung einer Niere dar? Wenn mir bis zu jenem Zeitpunkte dergleichen Erscheinungen unbekannt geblieben wären, bekenne ich, daß ich nicht angestanden hätte, jenen Ausfluß wirklich als urinöse Flüssigkeit zu betrachten, allein nach den Erfahrungen der 3 ähnlichen Fälle, über welche ich in einer vorhergehenden Arbeit (1) berichtet habe, konnte ich ohne weiteres dem Ausflusse renalen Ursprung absprechen. Aber den entscheidenden Beweis lieferte jedenfalls die Untersuchung der sowohl aus der Fistel kommenden Flüssigkeit als jener im gleichen Zeitraume (in 4 Stunden) in der Blase gesammelten. Die folgende Zusammenstellung der Analysen wird dies klar ergeben:

	Urin	Fistelausfluß
Farbe	bernsteingelb	blaß strohfarben
Quantität	180 *cm*³	590 *cm*³
Geruch	charakteristisch des Urins	keinen
Dichte	1035	1002
Reaktion	sauer	alkalisch
Albumin, Zucker, Blut	nicht vorhanden	nicht vorhanden
Harnsäure	0·8946‰	0·2772‰
Harnstoff	15·6690‰	2·6364‰
Bodensatz	einige Epithelzellen von der Blasenoberfläche, einige hyaline Harnzylinder	einige Epithelzellen der Scheide
Salolprobe	positiv sehr ausgesprochen	negativ

Wenn man jedes der beiden Untersuchungsresultate für sich betrachtet, so gelangt man möglicherweise zu dem Schlusse, daß es sich da und dort um Urin handelt. Aber bei der Verschiedenheit der Sekretion der beiden Nieren wird der Gedanke an eine Nierenflüssigkeit hinfällig und jener an Ureterfistel für mich wenigstens vollständig unannehmbar. Ist es physiologisch möglich, daß gleichzeitig eine Niere alkalisch und die andere sehr sauere Flüssigkeit absondere? Ist es möglich, daß die Dichte des Ausflusses einer Niere 1002 und jener der Flüssigkeit der anderen Niere 1035 betrage? Besteht die Möglichkeit, daß eine Niere in derselben Zeit dreimal mehr Flüssigkeit absondere als die andere? Ist es ferner möglich, daß sich in der Flüssigkeit einer Niere 0·2772‰ *g* Harnsäure, 2·6364‰ *g* Harnstoff und in jener der anderen gleichzeitig 0·8946‰ *g* Harnsäure und 15·6990‰ *g* Harnstoff befindet? Kann sich endlich die Salolprobe für die Flüssigkeit einer Niere negativ, für die der anderen positiv gestalten?

(Fortsetzung folgt.)

Hebammenwesen und Sozialhygiene.

Aus der Königl. Universitäts-Frauenklinik zu Marburg a. d. L.
(Direktor: Professor Dr. Stoeckel).

Die Herkunft und Lage unseres Hebammenstandes.

Von Priv.-Doz. Dr. **A. Rieländer,** I. Assistenzarzt und Hebammenlehrer an der Universitäts-Frauenklinik zu Marburg a. d. L.

(Fortsetzung und Schluß.)

Mit wenigen Worten will ich auf die Fassungskraft der Schülerinnen bei der Aufnahme eingehen, nur wenig über die Hälfte leisten Gutes, ein gewisser Bruchteil (zirka

2%) muß stets wegen mangelnder Vorkenntnisse zurückgewiesen werden. Eine ausführliche Darlegung dieser Verhältnisse findet sich in einer Veröffentlichung von Ahlfeld „Die Zukunft unseres Hebammenstandes“ [1]), auf welche ich hierdurch hinweisen möchte. Nur im Falle unbedingter Notwendigkeit wird ein Direktor einer Lehranstalt sich zu dem Mittel der Zurückweisung vor Beginn des Lehrkursus verstehen, denn die Kandidatin ist bereits von dem zuständigen Kreisarzte vorgeprüft und für tauglich zum Hebammenberufe erachtet worden; eine Zurückweisung ist daher diesem gegenüber stets etwas Unangenehmes, ganz abgesehen von den Schreibereien, welche ein derartiges Vorgehen der Regierung gegenüber, bei welcher natürlich Beschwerde über diese vermeintliche Ungerechtigkeit erhoben wird, zur Folge hat.

Die Fassungkraft der Schülerinnen, welche, als tauglich befunden, den Kursus durchmachten, war folgende:

	1883—1899	1899—1907	1883—1907
I.	218 = 14·4%	97 = 12·50%	315 = 13·77%
II.	677 = 44·8%	334 = 43·04%	1011 = 44·19%
III.	457 = 30·2%	259 = 33·38%	716 = 31·29%
IV.	160 = 10·7%	86 = 11·08%	246 = 10·75%

Ob die geringe Verschlechterung der Leistungen auf ein Zurückgehen des Materiales oder eine strengere Beurteilung zurückzuführen ist, mag dahingestellt bleiben.

Es sollen hier nur zwei Schriftproben als Beispiele herausgegriffen werden, mit welchen Kenntnissen im Schreiben nach Diktat (Lesen, Rechnen und Auffassung ebenfalls ungenügend!) Personen nach bestandener Prüfung beim Kreisarzt bisweilen der Lehranstalt überwiesen werden. Das Diktat geschah in der Weise, daß Wort für Wort langsam und wiederholt vorgelesen, die Interpunktion besonders angegeben wurde.

1. Katharina M. aus G., 1885.

„Die Hebwamen solen sich gegen die geberenten Die Hebwamen solen sich gegen die geberenten one aufname sorgfältig sanftmutig ud dienmutig und diesesmutig förter Wo die Unstädigen es forter sollen sie durch drosreichen zu spruch die geberenten zu beruigen“

2. Lina E. aus L., 1907.

„Das Kind nimt an der Geburt keinen Tediken an. Die währen treben, und das Kind wird geschoben. Es ist daher auch für den verlauf der Geburt gleichkuldig, ob ein lebendes oder e totes aus getragenes Kind geboren wird i In desen sind veränderungen der Herztöne doch bei jede geburt didlich“

Nach diesen Ausführungen über das Material einer Hebammenlehranstalt, welche ihren Ersatz in der Hauptsache aus ländlichen Bezirken erhält, wie wohl die meisten Provinzial-Hebammenlehranstalten, gehe ich zu den mit demselben erreichten Resultaten über.

Von den in den Jahren 1883—1907 unterrichteten 2305 Schülerinnen erhielten folgende Zensuren (I = sehr gut, II = gut, III = genügend, IV = nicht bestanden):

	1883—1899	1899—1907	1883—1907
I.	254 = 16·79%	159 = 20·07%	413 = 17·92%
II.	692 = 45·74%	306 = 38·64%	998 = 43·30%
III.	523 = 34·57%	314 = 39·65%	837 = 36·31%
IV.	44 = 2·90%	13 = 1·64%	57 = 2·47%

Demnach hat sich das Resultat der Prüfungen kaum verschoben.

[1]) F. Ahlfeld, Die Zukunft unseres Hebammenstandes. Zentralbl. f. Gyn., 1902, Nr. 35.

Die Verheirateten bzw. Ledigen erzielten folgende Ergebnisse:

		1883—1899	1899—1907
Verheiratete:	I.	148 = 17·4%	99 = 20·42%
(inkl. Witwen)	II.	381 = 44·9%	185 = 38·14%
	III.	292 = 34·4%	194 = 40·00%
	IV.	25 = 2·9%	7 = 1·44%
Ledige:	I.	106 = 15·9%	60 = 19·55%
	II.	306 = 45·9%	121 = 39·41%
	III.	236 = 35·4%	120 = 39·09%
	IV.	19 = 2·8%	6 = 1·95%
Witwen:	I.	13 = 22·81%	5 = 18·52%
	II.	24 = 42·10%	10 = 37·04%
	III.	20 = 35·09%	12 = 44·44%
	IV.	0 = 0·00%	0 = 0·00%

Ein hervorstechender Unterschied zwischen den Leistungen der Verheirateten und Ledigen ist nicht ersichtlich.

Nach der Heimatsprovinz geordnet waren die Examenzensuren folgende:

	I.	II.	III.	IV.
		1883—1899		
Rheinland	60 = 17·0%	152 = 42·8%	127 = 35·7%	16 = 4·5%
Westfalen	11 = 16·6%	27 = 40·9%	22 = 33·3%	6 = 9·1%
Hessen-Nassau: Wiesbaden	96 = 19·0%	242 = 47·8%	159 = 31·4%	9 = 1·8%
Kassel	68 = 13·0%	248 = 47·6%	194 = 37·2%	11 = 2·1%
Andere Landesteile	65 = 29·2%	23 = 35·4%	21 = 32·3%	2 = 3·1%
		1899—1907		
Rheinland	37 = 19·37%	77 = 40·31%	76 = 39·70%	1 = 0·52%
Westfalen	30 = 22·06%	44 = 32·35%	58 = 42·65%	4 = 2·94%
Hessen-Nassau: Wiesbaden	48 = 20·08%	95 = 39·75%	94 = 39·34%	2 = 0·83%
Kassel	30 = 15·72%	77 = 40·41%	80 = 41·88%	4 = 2·09%
Andere Landesteile	14 = 40·00%	13 = 37·14%	6 = 17·14%	2 = 5·71%

Die besten Leistungen legten, abgesehen von den aus anderen Landesteilen stammenden Schülerinnen, die aus dem Wiesbadener Bezirke kommenden zutage.

Nach dem Alter verteilen sich die Zensuren wie folgt:

	unter 20 Jahren	20—24 Jahre	25—29 Jahre	30 Jahre und darüber
		1883—1899		
I.	2 = 13·34%	89 = 15·59%	123 = 17·83%	40 = 16·88%
II.	7 = 46·66%	284 = 49·74%	317 = 45·94%	84 = 35·44%
III.	5 = 33·33%	188 = 32·92%	222 = 32·18%	108 = 45·57%
IV.	1 = 6·67%	10 = 1·75%	28 = 4·05%	5 = 2·11%
		1899—1907		
I.	1 = 10·00%	45 = 16·19%	84 = 24·07%	29 = 18·71%
II.	5 = 50·00%	112 = 40·29%	135 = 38·68%	54 = 34·84%
III.	4 = 40·00%	117 = 42·09%	123 = 35·24%	70 = 45·16%
IV.	0 = 0·00%	4 = 1·43%	7 = 2·01%	2 = 2·29%

Mit zunehmendem Alter ist eine geringe Verschlechterung nicht zu verkennen.

Nach der Konfession zusammengestellt war der Ausfall der Prüfung folgender:

	1883—1899		1899—1907	
	evangelisch	katholisch	evangelisch	katholisch
I.	169 = 17·04%	85 = 16·38%	98 = 20·55%	61 = 19·43%
II.	460 = 46·36%	231 = 44·51%	189 = 39·62%	116 = 36·94%
III.	336 = 33·87%	186 = 35·84%	184 = 38·57%	130 = 41·40%
IV.	27 = 2·73%	17 = 3·27%	6 = 1·26%	7 = 2·23%

In beiden Zeitabschnitten geringes Überwiegen der Leistungen der evangelischen Schülerinnen.

Die auf eigene, Gemeinde- und Staatskosten lernenden Schülerinnen verließen mit folgenden Zensuren die Anstalt:

	eigene Kosten	Gemeindekosten	Staatskosten
		1883—1899	
I.	142 = 18·18%	85 = 15·57%	27 = 14·52%
II.	352 = 45·07%	263 = 48·17%	77 = 41·40%
III.	258 = 33·04%	188 = 34·43%	77 = 41·40%
IV.	29 = 3·71%	10 = 1·83%	5 = 2·68%
		1899—1907	
I.	108 = 22·64%	32 = 15·10%	19 = 18·45%
II	183 = 38·37%	83 = 39·15%	40 = 38·83%
III.	178 = 37·32%	94 = 44·34%	42 = 40·78%
IV.	8 = 1·67%	3 = 1·41%	2 = 1·94%

Die auf eigene Kosten lernenden Schülerinnen zeigten durchschnittlich bessere Leistungen als die andern, wohl infolge des Überwiegens der Städterinnen und Einschlusses des besseren Ständen entstammenden Materiales, wenn auch der Unterschied nicht allzusehr hervorstechend ist.

Im Vergleich zur Fassungskraft, welche bei der Aufnahmeprüfung festgestellt wurde, waren die erteilten Noten folgende:

	Schülerinnen mit Fassungskraft			
	sehr gut	gut	mittelmäßig	schlecht
		1883—1899		
I.	121 = 55·5%	123 = 18·2%	10 = 2·2%	0 = 0·0%
II.	93 = 42·7%	422 = 62·3%	162 = 35·4%	10 = 6·2%
III.	4 = 1·8%	128 = 18·9%	275 = 60·2%	120 = 75 0%
IV.	0 = 0·0%	4 = 0·6%	10 = 2·2%	30 = 18·8%
		1899—1907		
I.	83 = 85·57%	70 = 20·96%	1 = 0·38%	0 = 0·00%
II.	13 = 13·40%	197 = 58·98%	85 = 32·82%	3[1]) = 3·49%
III.	1 = 1·03%	66 = 19·76%	172 = 66·41%	72 = 83·72%
IV.	0 = 0·00%	1 = 0·30%	1 = 0·38%	11 = 12·79%

Welches sind nun die Schicksale einer in Marburg ausgebildeten Hebamme in ihrer späteren Praxis? Leider stehen mir zur Beantwortung dieser Frage weniger umfangreiche Unterlagen zur Verfügung als zur Klärung des bereits Besprochenen. Die Angaben entstammen den im Hebammenverein zusammengekommenen Hebammen der Kreise Marburg und Kirchhain und den in ihren Tagebüchern gemachten Aufzeichnungen; die Tagebücher wurden mir in zuvorkommender Weise von dem Kreisarzt

[1]) Machten das Examen zum zweiten Male, weil zuerst nicht bestanden.

dieser beiden Bezirke, Herrn Professor Dr. Hildebrand, zur Verfügung gestellt, wofür ich ihm zu großem Danke verpflichtet bin.

Danach hatten in den Jahren 1905 und 1906 jährlich Geburten zu leiten:

10 Geburten	22	Hebammen	= 14·01%
11—30 „	100	„	= 63·70%
31—50 „	29	„	= 18·47%
mehr als 50 Geburten	6	„	= 3·82%

Diese 157 Hebammen leisteten Hilfe bei insgesamt 3419 Geburten, es entfallen demnach auf eine Hebamme durchschnittlich 22 Geburten im Jahre. Bei diesen 3419 Wöchnerinnen wurde 137mal, in nur 4%, in den ersten 10 Tagen Fieber (über 38° C) verzeichnet; 23 Wöchnerinnen starben, 0·67% der Gesamtzahl, dabei sind natürlich diejenigen nicht berücksichtigt, welche nach länger als 10 Tage dauerndem Krankenlager gestorben sind.

Das durchschnittliche Honorar, welches in Hessen eine Hebamme für eine Geburt erhält, beträgt 6, höchstens 10 M.; dem entspräche eine jährliche Durchschnittseinnahme von 132—220 M., also noch weit entfernt von dem in den Satzungen der Vereinigung deutscher Hebammen geforderten Mindesteinkommen von 1200 M. jährlich. Eine Nachfrage bei 51 Hebammen, meist vom Lande, ergab folgende Resultate:

Es verdienten bis 50 M. 1 = 1·96%, bis 100 M. 8 = 15·69%, 101—200 M. 18 = 35·29%, 201—500 M. 23 = 45·10%, über 500 M. 1 = 1·96%.

Wenn auch danach die preußische Hebamme in Hessen etwas besser gestellt ist als ihre Kollegin im Großherzogtum Hessen (Statistik von Walther[1]), so ist doch aus dieser, wenn auch nur auf kleinen Zahlen basierenden Aufstellung ersichtlich, daß noch über die Hälfte der Hebammen ein Einkommen aus ihrem Berufe verdient, welches ihr nicht gestattet, von diesem allein ihren Lebensunterhalt zu bestreiten. So kommt es, daß noch viele Landhebammen gezwungen sind, bisweilen durch harte Feldarbeit, welche sich mit den hygienischen Anforderungen ihres Berufes nicht vereinigen läßt, den mangelhaften Verdienst zu vermehren. Außerdem bestehen diese Verhältnisse betreffend des Einkommens erst seit einigen Jahren, seitdem auch für die Landhebammen Mindesttaxen eingeführt wurden; vor dieser Zeit waren, soweit sich aus Mitteilungen früherer Schülerinnen ersehen ließ, die Einnahmen der Landhebammen überaus klägliche, teilweise noch schlechter, als die Schilderungen von Walther[1]) es wiedergeben.

Die Beihilfe von seiten der Gemeinde steht bei weitem nicht im Verhältnisse zu dem, was eine Hebamme leisten muß; fast die Hälfte der von Gemeinden angestellten Hebammen erhält nichts oder einen so bescheidenen Zuschuß, daß derselbe nicht nennenswert in Betracht kommen kann.

Von 54 Gemeindehebammen bezogen ein festes Diensteinkommen seitens der Gemeinde: 0 M.: 20 = 37·04%, Naturalien 0, bis 20 M.: 5 = 9·26%, 21—50 M.: 24 = 44·44%, 51—100 M.: 5 = 9·26%.

Und unter diesen Hebammen befinden sich manche, die schon lange Jahre sich im Dienste der Gemeinde befinden, die unter den schwierigen Verhältnissen, in denen sie oft arbeiten müssen, einen Teil ihrer Gesundheit eingebüßt haben und denen, falls sie ihren Beruf aufgeben und nicht bei ihren Kindern oder sonst irgendwo eine Unterkunft finden können, schließlich von der Gemeinde aus Barmherzigkeit vielleicht die Aufnahme ins Armenhaus gewährt wird.

---

[1]) l. c.

Ebenso ist bei vielen von der Gemeinde angestellten Hebammen in keiner Weise, abgesehen von einer Versorgung im Alter, für eine Versicherung bei Erleidung von Unfall oder Dienstunfähigkeit im Beruf vorgesehen; doch ist eine Verbesserung in dieser Beziehung mit Freude festzustellen, als jetzt des öfteren die Gemeinden bei Anstellung neuer Hebammen vom Landrate angewiesen werden, für dieselben Marken zu kleben.

Es muß dieses Bild, welches nach den Akten der Marburger Hebammenlehranstalt und persönlichen Aufzeichnungen entrollt ist und welches wohl im allgemeinen der Lage der meisten Hebammen ländlicher Bezirke Preußens bzw. Deutschlands entspricht, eine Mahnung sein, die Herbeiführung einer allgemeinen deutschen Hebammenordnung zu beschleunigen, und es muß die in der Resolution, welche von Fritsch auf der Versammlung der Vereinigung zur Förderung des deutschen Hebammenwesens in Dresden am 21. Mai 1907 eingebracht wurde, geforderte Versorgung mittelloser, kranker, invalider und alter Hebammen baldigst angestrebt werden.

Bücherbesprechungen.

Dr. G. Kapsammer: Nierendiagnostik und Nierenchirurgie. 2 Teile mit 63 Abbildungen im Texte. Wien und Leipzig, W. Braumüller, 1907. Preis 24 K = 20 M.

An dem Bau der funktionellen Nierendiagnostik und ihrer Verwertung für die Nierenchirurgie ist dank der Arbeit zahlreicher vorwärtsstrebender Untersucher binnen wenigen Jahren mancher Fortschritt und manche Wandlung zu erkennen. Dem Autor gebührt daran ein erheblicher Anteil. In seinem Werke legt er eine ungemein sorgfältige Bearbeitung des stark angewachsenen Materiales in einem Umfange vor, wie er einem im Werden begriffenen Gebiete der praktischen Medizin kaum je zuteil wurde. Der große Fleiß, der mühevolle Eifer, mit dem der auf diesem Arbeitsfelde der Nierendiagnostik in ihrem Werden bis zum dermaligen Stande ungemein rührige Autor den großen Stoff mit ordnender Hand gesichtet vorführt, verdient das vollste Lob. Die Arbeitsleistung, welche das an 1000 Seiten starke Werk birgt, bekundet die wahrhaft erschöpfende Darstellung der gesamten klinischen Untersuchungsmethoden in ihrer historischen Entwicklung, ihrem Zuwachs und ihrer technischen Vervollkommnung: die eingehende Kritik der neuen Methoden bis auf deren gegenwärtigen Stand, die gründliche Abfassung der Versuchsprotokolle, der Kranken- und Operationsgeschichten nebst Epikrisen, die systematische Beschreibung der Klinik der wichtigsten chirurgischen Nierenleiden: Tuberkulose, Tumoren, Nephrolithiasis, Pyonephrose, Pyelitis, Zystenniere etc., nicht zuletzt das große Literaturverzeichnis, welches nicht weniger als 1827 Nummern umfaßt. Die Details der funktionellen Methoden erforderten bei der raschen Wandlungsfähigkeit der Diagnostik, an der dem Autor manche modifikatorische Leistung zuzuerkennen ist, einen breiten Raum; die Einwände gegen abweichende Methoden anderer Untersucher vor und neben Kapsammer, die Kritik der Argumente, die gegen Kapsammer vorliegen, erhöhen naturgemäß den Umfang mancher Kapitel (Methylenblauprobe, Harnseparation, Methodik der Phloridzinprobe, Nierendiagnostik ohne Ureterenkatheterismus u. a.). Solche Breite auf Kosten der Einheitlichkeit in der Darstellung ist jedoch bei einer derart ausführlichen Entwicklung umstrittener Methoden kaum zu vermeiden.

Für den Augenblick gebührt unter den funktionellen Methoden der Phloridzinprobe der Vorrang. Die Zuckerausscheidung nach Phloridzineinspritzung (0·01) ist in ihrem zeitlichen Ablaufe insoferne ein sehr wichtiger Maßstab für die Funktionstüchtigkeit der Nieren, als gesunde Organe bereits 10—15 Minuten nach erfolgter Injektion Zucker ausscheiden, in ihrer Funktion geschädigte Nieren den Zucker aber erst viel später oder gar nicht durchlassen. Diese diagnostische Prüfung geschieht unter gesondertem Auffangen der Harne jeder einzelnen Niere mittelst des Ureterenkatheterismus. Kapsammer ist demzufolge jetzt geneigt, dieser Probe vor den anderen gewiß wertvollen und insgesamt manche Aufklärung bietenden Proben (Kryoskopie des Harnes und des

Blutes, Indigokarminprobe, Verdünnungsversuch u. a.) die erste Stelle einzuräumen, nachdem er dazu gelangt ist, seine Auffassungen seit 1904 bis 1906 auf die dermalige zu modifizieren. Freilich hebt er anerkennend hervor, daß der Ausfall aller anwendbaren Proben die Phloridzinprobe bestätigend, eine wichtige Stütze für dieselbe bieten könne und so eine besondere nierendiagnostische Bedeutung besitze. Die Phloridzinprobe hat den hohen Wert, daß das Vorhandensein von Zucker schon in der ersten Harnportion (10—15 Min. p. inject.) normale Funktionsfähigkeit der betreffenden Niere bedeutet. Je schwerer die Funktionsstörung ist, um so mehr ist die Zuckerreaktion zeitlich hinausgeschoben. Normale Funktionsfähigkeit ist fast immer gleichbedeutend mit anatomischer Intaktheit. Doch gibt es diesbezüglich Ausnahmen. Gerade hierin liegt, so meint der Verfasser, der Schwerpunkt der funktionellen Nierendiagnostik, da sie uns ermöglicht, anatomische Läsionen der Niere mit Funktionsstörung von solchen ohne funktionelle Schädigung zu unterscheiden (T. I, pag. 96). Die diagnostischen Experimente für die Funktionsprüfung am Tiere und die Ausprobung ihrer Ergebnisse für den Menschen sollen diese Leitsätze erhärten.

Die Indikationsstellungen für die Operationen und die Ergebnisse derselben sind naturgemäß ein wichtiger Prüfstein für den Wert der funktionellen Nierendiagnostik, zuvörderst der maßgebenden Phloridzinprobe. Der Darlegung dieser Tatsache ist dementsprechend bei der Vorführung der Einzelfälle ein breiterer Raum zugemessen und stets ein kritisches Resümee beigefügt. Die Indikation ist bei jedem Falle aus der sorgfältigen Abwägung der Werte der Funktionsprüfung abgeleitet und an zahlreichen Beispielen finden sich die histologischen Befunde der exstirpierten Nieren nebst Präparatenbildern wiedergegeben. Diese Genauigkeit der Darstellung zeichnet auch den Band II (Nierenchirurgie) sehr vorteilhaft aus. Der Bericht über 74 Nierenoperationen (33 Tuberkulosen, 13 Tumoren, 21 Nephrolithiasis, 7 Pyonephrosen) erweist aber leider bei Kapsammer kein gerade günstiges Heilungsprozent. Die Mortalität beläuft sich auf 21 Fälle (28%). Darunter Tbc. renis 28½% (9 von 24), Tumoren 32%, Nephrolithiasis 10%, Pyonephrose 14%. Dabei kommt in Betracht, daß ferner die operativen Fälle einer genauen Auswahl unterlagen, daß speziell Tbc. renis et vesicae in ihren Frühstadien nicht selten ohne Operation sehr weitgehende Besserungen erfahren und namentlich, daß die Operationsresultate mancher anderen Chirurgen auch vor der Funktionsprüfung erheblich günstigere waren. — Die Erwartung ist gerechtfertigt, daß vielleicht bei weiterem Ausbau der Nierendiagnostik, bei noch skrupelhafterer Deutung ihrer Werte neben der stets aufrecht bleibenden gründlichen Beachtung aller anderen klinisch-diagnostischen und physikalischen Behelfe, günstigere Heilerfolge zu erzielen sein werden. Gewiß spielt bei chirurgischen Eingriffen auch Glück neben vollendeter Technik eine Rolle. All das schmälert keineswegs den Wert der schönen Arbeit Kapsammers, die ebensosehr die Urologen wie auch die Gynaekologen zu eingehenden Studien anregen wird, in deren Fachgebiet die Diagnostik und die chirurgische Therapie der Blasen- und Nierenkrankheiten einen wichtigen Platz beansprucht. Wie auf so manchem rasch emporgediehenen Forschungsgebiete der Heilkunde, wie z. B. in der Hämatologie, der Radiologie und -therapie, der Serumdiagnostik und -therapie, wird zuverlässig auch auf dem der funktionellen Nierendiagnostik nicht alles zu Früchten reifen, was heute in üppige Halme geschossen ist. Kaum ein Dezennium wird vorübergehen und mancherlei wird in dieser Disziplin längst historisches Interesse besitzen, was heute eine Welt bewegend, großartig erscheint. In diesem Sinne wird Kapsammers Buch ein gewiß nicht unwichtiges Dokument sein. Kornfeld, Wien.

Oppenheim: Atlas der venerischen Affektionen der Portio vaginalis uteri und der Vagina. Leipzig und Wien, Deuticke, 1908.

Der Verfasser hat den vorliegenden Atlas vorzugsweise für Gynaekologen, Polizeiärzte und Amtsärzte, welchen die Untersuchung der Puellae publicae obliegt, abgefaßt, und es steht fest, daß die Leser ihm hierfür dankbar sein werden. Birgt doch gerade die Differentialdiagnose der Portioaffektionen oft für den Dermatologen manche Schwierigkeit, die um so mehr dem Gynaekologen Zweifel bereitet. Der neue Atlas enthält 19 Tafeln mit kurzem erklärenden Text, mit Hilfe derer nicht selten ein schwieriger Fall der Entscheidung wird zugeführt werden können.

Oppenheim stellt auf Tafel I Herpes, Leukoplakia und Maculae gonorrhoicae dar, auf Tafel II und III Condylomata acuminata, auf Tafel III Ulcera aphthosa,

auf Tafel IV—VI die wichtigsten Typen der venerischen Geschwüre, auf Tafel VII—XI syphilitische Primäraffekte, auf Tafel XII—XV makulöse und papulöse Eruptionen, auf Tafel XVI—XVIII Gummata, endlich auf Tafel XIX Erosionen der Portio dar. Ein kurzer therapeutischer Anhang ist nicht unwillkommen. Die knappe Beschreibung der Portio- und Scheidenaffektionen, die überaus exakte Differentialdiagnose, im Zusammenhalt damit die schöne bildliche Darstellung wird dem Leser reichlich Belehrung bieten, soferne Wort und Bild derartige Dinge überhaupt sinnfällig machen kann. Dem Dermatologen vom Fach bietet aber der Atlas auch einiges, da etwelche, bislang nicht abgebildete Affektionen hier zum ersten Male im Bilde festgehalten werden. Krause.

Robert Bonnet: Lehrbuch der Entwicklungsgeschichte. Berlin, Paul Parey, 1907.

Es war ein glücklicher Gedanke Bonnets, ein kurzes Lehrbuch der Embryologie zu verfassen, welches sich jedweder Literaturangabe enthält, möglichst knapp bloß die erwiesenen Tatsachen festhält und allem Hypothetischen aus dem Wege geht. Die beigegebenen Figuren sind meist halbschematisch gehalten oder sie bieten Darstellungen der bekannten Modelle Zieglers in Freiburg, denen ein hoher didaktischer Wert zukommt. Es ist nicht jedermanns Sache, aus einem mikroskopischen Schnitte eine räumliche Vorstellung zu gewinnen; dies bleibt demjenigen vorbehalten, der sich mit dem Studium embryologischer Präparate eingehend beschäftigt hat. Für den Studenten oder für den Praktiker, der sich ohne eigene Präparate über die Entwicklungsgeschichte gewisser Organsysteme orientieren will, hat daher Bonnets Lehrbuch viele Vorzüge. Dem Gynaekologen wird das Werk besonders willkommen sein, da es eine ganz vorzügliche, ungemein leicht verständliche Morphogenie der Eihüllen und Embryonalanhänge, der Dezidua und Plazenta des Menschen bringt, aber auch die Embryonalanhänge der Sauropsiden wie jene der Säuger leicht faßlich darstellt. Das gleiche gilt von dem Kapitel Entwicklung des Harn- und Geschlechtsapparates. Die Urniere, der Gartnersche Gang, das Verhalten der Genitalligamente zum Müllerschen und Wolfschen Gange spielt in der Gynaeko-Pathologie eine so große Rolle, daß eine genaue Kenntnis der Embryologie dem Gynaekologen unerläßlich geworden ist. Bonnets Lehrbuch sei für kurzes, aber ersprießliches Studium allen Fachkollegen wärmstens empfohlen. Krause.

Emil Ekstein: Österreichischer Hebammenkalender für das Jahr 1908. — XIV. Jahrgang. Preis K 1·60. Wien 1908. M. Perles' Verlag.

Der vorliegende Jahrgang hat gegenüber dem früheren eine Bereicherung durch einen dem Andenken von Ignaz Philipp Semmelweis gewidmeten Aufsatz aus Dirners Feder sowie durch ein Merkblatt für Schwangere, Gebärende und Wöchnerinnen erhalten. Es unterliegt keinem Zweifel, daß die Hebamme in diesem Büchlein viele Belehrung erfährt und durch sorgfältige Führung des „Tagebuches" zu genauer Beobachtung des ihr anvertrauten Materiales erzogen wird. F.

Sammelreferate.

Menstruation.

Arbeiten aus dem Jahre 1907, Sammelreferat von Dr. **H. Cramer,** Bonn a. Rh.

1. Alsberg: **Brustdrüse und Eierstock.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 29.)
2. Fischer: **Über Blutungen am Beginn der Pubertät.** (Monatsschr. f. Gyn., Bd. XXV.)
3. Freund: **Zur Behandlung der Dysmenorrhöe von den Brüsten aus.** (Münchener med. Wochenschr., Nr. 43.)
4. Fuchs: **Ursache und Behandlung der uterinen Dysmenorrhöe.** (Monatsschr. f. Gyn., Bd. XXVI, pag. 277.)
5. Gellhorn: **Menstruation ohne Ovarien.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 40.)
6. Hartje: **Über die Beziehungen der sogenannten papillären Uterindrüsen zu den einzelnen Menstruationsphasen.** (Monatsschr. f. Gyn., Bd. XXVI.) — Derselbe: **Zur Lehre von den hyperplastischen Veränderungen der Uterusschleimhaut.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 47.)

7. Hitschmann und Adler: **Zur Lehre von der Endometritis.** (Zeitschr. f. Gyn., Bd. LX.)
8. Jaffé: **Die peritonitischen Erkrankungen im Menstruationsstadium.** (Arch. f. Gyn.. Bd. LXXXII.)
9. Kermauner: **Ätiologie und Therapie der Dysmenorrhöe.** (Monatsschr. f. Gyn., Bd. XXVI.)
10. Kohnstamm: **Über hypnotische Behandlung von Menstruationsstörungen mit Bemerkungen zur Theorie der Neurosen.** (Therapie der Gegenwart, H. 8.)
11. Leopold und Ravano: **Neuer Beitrag zur Lehre von der Menstruation und Ovulation.** (Arch. f. Gyn., Bd. LXXXIII.)
12. von der Leyen: **Zur normalen und pathologischen Anatomie der Menstruationsabgänge.** (Zeitschr. f. Gyn., Bd. LIX.)
13. Polano: **Zur Behandlung der Dysmenorrhöe.** (Münchener med. Wochenschr., Nr. 35 und 47.)
14. Riebold: **Der Nachweis des Vorhandenseins somatischer Perioden im weiblichen Organismus und ihrer Abhängigkeit von kosmischen Perioden.** (Arch. f. Gyn., Bd. LXXXIV.)
15. Derselbe: **Über die Wechselbeziehung zwischen dem Ovulationsvorgang inklusive Menstruation mit inneren Krankheiten.** (Münchener med. Wochenschr., 38 und 39.)
16. Schäffer: **Die Menstruation.** (Handb. d. Gyn., Bd. III.)
17. Schwab: **Zur Histologie der chronischen Endometritis.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 29.)
18. Stein: **Eine dreijährige Virgo.** (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 6.)

Das vergangene Jahr hat zum Kapitel der Menstruation Arbeiten von umwälzender Bedeutung hervorgebracht. Im Mittelpunkt des Interesses stehen die Untersuchungen über die Schleimhauthistologie in den verschiedenen Menstruationsphasen und ihre Abgrenzung von der Endometritis. Theilhaber bringt zunächst seine Untersuchungen, die bereits längere Zeit zurückliegen, in Erinnerung und konstatiert eine gute Übereinstimmung seiner neueren Ergebnisse mit denen von Hitschmann und Adler. Letztere gelangen zu folgenden wichtigen Leitsätzen: Die Endometritis glandularis hypertrophica und hyperplastica haben nichts mit der Entzündung zu tun. Beide stellen einen prämenstruellen Zustand der normalen Uterusschleimhaut dar, die letztere zum Teil Varianten im Drüsenreichtum innerhalb physiologischer Grenzen. Daneben gibt es eine glanduläre Hyperplasie der Uterusschleimhaut, die jedoch von der Entzündung ganz unabhängig ist. Es gibt nur eine Form der Entzündung der Uterusschleimhaut, die Endometritis interstitialis. Dieses Resultat wird bestätigt durch die Arbeiten Hartjes, der den Nachweis führte, daß auch die papillären Uterindrüsen, die bekanntlich Opitz wegen ihrer Häufigkeit bei Endometritis post abortum als ein Charakteristikum überstandener Schwangerschaft angesprochen hatte, als eine physiologische Schleimhautveränderung der prämenstruellen Zeit anzusehen sind. Die einfachen, undifferenzierten Drüsen finden sich stets in der postmenstrualen, die differenziertesten stets in der prämenstrualen Zeit. Die interstitielle Hyperplasie stellt nichts anderes dar, als ein physiologisches, für die prämenstruelle Zeit charakteristisches Entwicklungsstadium der Stromazellen, welches bisweilen deutlicher, bisweilen weniger deutlich hervortritt. Das Bild der interstitiellen Endometritis dagegen ist bestimmt durch die echten Infiltrationszellen, die morphologisch und tinktoriell charakterisierten Plasmazellen (Hitschmann). Der Versuch Schwabs, gegenüber diesen Befunden den alten Begriff der Endometritis hyperplastica für gewisse Fälle zu retten, ist nicht sehr aussichtsvoll. Zweifellos haben diese Arbeiten unsere Vorstellung über die Beteiligung der Uterusmukosa am Menstruationsvorgang und unsere Ansichten über die Endometritis außerordentlich vereinfacht und geklärt.

Leider konnten diese Fortschritte in der eben erschienenen Neubearbeitung des Kapitels Menstruation im Veitschen Handbuch der Gynaekologie noch nicht berücksichtigt werden. In pietätvoller Anlehnung an die von Gebhard herrührende Arbeit

der ersten Auflage bringt Schaeffer hier eine erschöpfende, kritische Darstellung alles dessen, was seit dieser Zeit zur Frage der Menstruation gearbeitet worden ist. Else von der Leyen kommt auf Grund von fortgesetzten Beobachtungen, die sie durch längere Zeit an 7 Virgines gemacht hat, zu dem Schluß, daß der Abgang von Schleimhautstückchen bei der Menstruation ein physiologischer Vorgang sei. Die Menge der abgestoßenen Gewebsstücke schwankt zwischen einzelnen Zellen und zentimetergroßen Membranen mit Drüsen, Gefäßen und Epithel. Schaeffer hält die Verallgemeinerung dieses Befundes nicht für zutreffend.

An der alten, feststehenden Lehre, daß die Menstruation an das Vorhandensein der Ovarien gebunden ist, versucht Gellhorn zu rütteln. Eine, wenn auch periodisch wiederkehrende Blutung, die bei einer Hysterika nach Kastration auftrat und nach Beseitigung peritonitischer Verwachsungen verschwand, können wir wohl nicht als Menstruation deuten. Gellhorn teilt außerdem einen Fall mit, in dem nach Kastration mit heftigen Ausfallserscheinungen durch die Darreichung von Ovarialsubstanz mehrmals eine uterine Blutung hervorgerufen werden konnte. Ob hier die Ovarialfütterung eine ähnliche Wirkung entfaltet hat wie die innere Sekretion des Ovars, bleibe dahingestellt. Gellhorn nimmt eine nach der Menopause latente resp. abgeschwächte Wellenbewegung der Genitalfunktion an, die durch gewisse Reize bis zur Höhe einer Menstrualblutung gesteigert werden kann. Alsberg berichtet ebenfalls über Blutung nach Kastration.

Demgegenüber wird durch die Arbeit von Leopold und Ravano noch einmal die Tatsache statuiert, daß die Menstruation, d. h. der periodische Blutaustritt aus der Uterusschleimhaut, von der Gegenwart der Ovarien abhängt. Notwendig ist indessen auch eine genügende Ausbildung der Uterusschleimhaut. Die Ovulation fällt meistens mit der Menstruation zusammen. In mehr als einem Drittel der Fälle finden jedoch beide Vorgänge nicht gleichzeitig statt. Die Menstruation kann also ohne Ovulation vor sich gehen und die Ovulation unregelmäßig und sprungweise zu jeder Zeit stattfinden. Auch in der Zeit der senilen Schrumpfung der Eierstöcke findet man noch ganz normale Follikel und Corpora lutea vor, woraus sich entnehmen läßt, daß die Ovulation die Menstruation überdauern kann. Ebenso finden sich bekanntlich in der prämenstruellen Zeit beim Kinde reife Follikel, so daß die Ovulation der Menstruation auch vorausgeht. Einen Fall von Frühreife teilt Stein mit.

Neue Gesichtspunkte in die Auffassung des menstruellen Vorgangs bringt eine Arbeit von Riebold. Er findet eine Übereinstimmung der von Arrhenius gefundenen kosmischen Perioden von 25·9 und 27·3 Tagen mit der Periodizität der Menstruation und spricht die Vermutung aus, daß das Ovarium direkt durch die periodischen Schwankungen der Luftelektrizität beeinflußt würde. Die oben erwähnte Unabhängigkeit von Ovulation und Menstruation würde gegen diese Theorie sprechen. Weitere genaue Beobachtungen müssen zeigen, ob die Grundanschauungen Riebolds haltbar sind.

Zur Ätiologie und Therapie der Menstruationsstörungen brachten Kermauner und Fuchs zusammenfassende Referate. Letzterer überschreibt seinen Vortrag: Ursachen und Behandlung der uterinen Dysmenorrhöe. Indessen geht aus seinen Ausführungen ebenso wie aus denen Kermauners hervor, daß die Einteilung der Dysmenorrhöe in uterine, tubare und ovarielle undurchführbar ist. Trotzdem die Stenose als Ursache der Menstruationsbeschwerden bei genauer Kritik nicht recht aufrechterhalten werden kann, spielt die Dehnung in der lokalen Behandlung eine große und bewährte Rolle, wie Winter in der Diskussion mit Recht hervorhebt. Von größter Bedeutung ist die Berücksichtigung des ganzen Menschen, die Kräftigung der physischen und psychischen Konstitution. Daß bei allem, was therapeutisch geschieht, die Suggestion eine große Rolle spielt, ist namentlich bei hysterischen und nervösen Patientinnen außer Zweifel.

Das therapeutische Rüstzeug ist in den beiden Arbeiten vollzählig zusammengetragen. Gute Resultate sah Kermauner in einigen Fällen von Amasira. Ref. kann dies aus eigener Erfahrung bestätigen. Kohnstamm berichtet über die hypnotische Behandlung von Menstruationsstörungen nach dem Vorbilde von Delius.

Eine eigenartige Behandlung der Dysmenorrhöe hat Polano inauguriert. Einige Tage vor erwartetem Eintritt der Periode wird den Patientinnen auf jede Brustdrüse eine Klappsche Saugglocke gesetzt und die Mamma kräftig aspiriert. Die Glocken bleiben $^1/_4$ bis $^1/_2$ Stunde bei einmaligem Ab- und Neuaufsetzen liegen. Dies Verfahren wird täglich bis zum Eintritt der Menses fortgesetzt. Polano sah in mehreren Fällen ein Nachlassen der Menstruationsbeschwerden und Retardation der menstruellen Blutung. Freund bezweifelt den Wert dieser Methode, da er den von Polano angedeuteten Antagonismus zwischen Mamma und Ovarium für unerwiesen hält. Indessen, wenn die theoretische Erklärung Polanos auch anfechtbar ist, so kann man nach seinen Mitteilungen die Erfolge wohl nicht allein auf Suggestion beziehen. Ich habe eine ähnliche Beobachtung gemacht. Ohne die Versuche Polanos zu kennen, behandelte ich eine 21jährige Virgo, welche an sehr heftiger prämenstrueller Mastodynie litt, mit der Klappschen Saugglocke. Der Erfolg war nicht nur eine völlige Beseitigung der Schmerzen in den Brüsten, sondern auch eine erhebliche Besserung der sonst sehr starken Menstruationsbeschwerden. Jedenfalls verdient die Methode Polanos weitere Nachprüfung.

In der Festschrift für F. v. Winckel teilt Jaffé 5 Fälle von schwerer peritonitischer Erkrankung im Menstruationsstadium mit. Die in allen Fällen vorgenommene Autopsie gestattete es, andere Ursachen der Peritonitis auszuschließen. Schon Nothnagel hat hervorgehoben, daß die akute, idiopathische Peritonitis ganz überwiegend oft im Anschluß an die Menstruationszeit beobachtet wird. Zur Erklärung dieses eigentümlichen Zusammenhanges dient vielleicht die Überlegung, daß während der Menstruation der physiologische Selbstschutz der Vagina gegen aufsteigende Infektion eine erhebliche Störung erleidet. Riebold weist auf die Wechselbeziehungen zwischen Menstruation und inneren Krankheiten hin. Im Stadium menstruationis erfahren bestehende Erkrankungen bedeutende Exazerbationen und für Infektionen ist eine gesteigerte Disposition vorhanden.

Das praktisch sehr wichtige Thema der Blutungen am Beginne der Pubertät behandelt Fischer auf Grund zweier eigener Beobachtungen bei hämophilen Kindern. Die Gefahr ist bei wirklicher Bluterkrankheit eine sehr große und man darf vor Eingriffen, die die Funktion des jugendlichen Uterus dauernd vernichten, nicht zurückschrecken. Liegt keine Hämophilie vor, so führt Bettruhe mit Hämostypticis wohl stets zur Heilung.

Über entzündliche Adnexerkrankungen einschließlich der Para- und Perimetritis.

Sammelreferat über die im 2. Semester 1906 erschienenen Arbeiten, erstattet von Dr. **Wladislaus Falgowski,** Breslau.

1. J. Bland-Sutton: **Acute salpingitis, caused by an inflammed appendix bursting into the month of the Fallopian tube.** (Brit. med. Journ., 15. Juli 1905.)
2. Boldt: **Die Grenzen zwischen vaginaler und abdominaler Kölliotomie.** (New Yorker med. Wochenschr., 1903, Nr. 1. Ref. im Zentralbl. Nr. 36.)
3. R. Chrobak: **Zur Frage der Drainage.** (Wiener klin. Wochenschr., 1906, Nr. 46.)

4. J. Delespine: **Métrorrhagies et affections annexielles.** (Diss. Paris 1905.)
5. F. D'Erchia: **Über die Anwendung der peritonealen und retroperitonealen Drainage in der Gynaekologie.** (Rassegna d'ostetr. et gin., 1905, Nr. 1 u. 2. Ref. im Zentralbl. f. Geburtsh. u. Gyn., 1906, Nr. 40.)
6. Fraune: **Die Biersche Stauung in der Gynaekologie.** (Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gyn. zu Köln, Sitzung v. 20. Dezember 1905.)
7. Gallard: **Contribution à l'étude des indications actuelles de l'hystérectomie vaginale.** (Diss. Paris 1905. Ref. Zentralbl., 1906, Nr. 36.)
8. Hannecart: **Adnexitis und Beckenabszeß vom Appendix ausgehend.** (Journ. de Chir. et Anat. de la soc. Belge de Chir., 1905, Nr. 1.)
9. Hartmann: **Von der Überlegenheit der abdominellen Hysterektomie über die vaginale Hysterektomie.** (Ann. de Gyn. et d'obstetr., 1905, Juni.)
10. Hense: **Tuberkulöse Tuben.** (Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gyn. zu Berlin, Sitzung v. 27. April 1906.)
11. Jung und Bennecke: **Experimentelle Untersuchungen über den Infektionsweg bei der weiblichen Genitaltuberkulose.** (Arch. f. Gyn., Bd. LXXX, pag. 68.)
12. Kiriac: **Über Skapsis.** (Gynecologie, 1905, Nr. 1 u. 2. Ref. Monatsschr. 1906, pag. 231.)
13. Krauß: **Beiträge zur Behandlung von Beckeneiterungen.** (Gyn. Gesellsch. in Wien, Sitzung v. 20. Februar 1906.)
14. Kuliga: **Über Erscheinungen von Darmverschluß bei Parametritis.**
15. Leopold: **Über Adnexoperationen.** (Gyn. Gesellsch. zu Dresden, Sitzung v. 21. Juni 1906.)
16. Lewith: **Über Stauungstherapie bei gynaekologischen Affektionen.** (Vortrag auf d. 78. Vers. deutscher Naturforscher und Ärzte.)
17. Lewith: **Demonstration zur palliativen Operation der Pyosalpinx.** (Geburtsh.-gyn. Gesellsch. in Wien, Sitzung v. 23. Jänner 1906.)
18. Mirabeau: **Vibrationsmassage in der Gynaekologie.** (Münchener gyn. Gesellsch. Sitzung v. 6. Dezember 1905.)
19. Pompe van Meerdervoort: **Ein Fall von Torsion einer Pyosalpinx.** (Med. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn., 16. Jahrg.)
20. J. W. Rob: **Fatal rupture of a pyosalpinx during labour.** (Lancet, 10. Februar 1906.)
21. Scherbanescu: **Die hintere Kolpoköliotomie bei Beckenabszessen.** (Revista de chir., 1905, Nr. 4. Ref. in d. Monatsschr., Bd. XXIV, pag. 231.)
22. J. Wechsberg: **Über den Nachweis von Azeton bei Extrauteringravidität.** (Wiener klin. Wochenschr., 1906, Nr. 31.)

In Anbetracht der Tatsache, daß es klinisch sehr schwer, oft genug ganz unmöglich sein dürfte, die Differentialdiagnose zwischen geplatzter Tubargravidität und Peritonitis bei Pyosalpinx rechtzeitig mit Sicherheit zu stellen, ist es gewiß mit Freuden begrüßt worden, als Baumgarten und Popper[1]) den Azetonnachweis im Urin als diagnostisches Merkmal für Extrauteringravidität mit Blutaustritt in den Peritonealraum gefunden zu haben glaubten. Die Hoffnung, nunmehr eine sichere differentialdiagnostische Handhabe zu besitzen, erwies sich als trügerisch. In der Klinik Chrobaks konnte bei 7 Fällen von Extrauteringravidität mit innerer Blutung nur 2mal vor der Operation Azeton in Spuren nachgewiesen werden. Häufig genug fand sich Azeton im Urin von Frauen, die irgend eine Operation eben überstanden hatten, niemals dagegen bei Graviden.

Auch für die Unterscheidung der tuberkulösen Salpingitis haben wir wenig Hilfsmittel zur Hand. Knötchen sind selten zu fühlen, und bei Nichtvorhandensein von tuberkulösem Aszites kann uns eigentlich nur der sichere Ausschluß einer bestehenden oder überstandenen Gonorrhöe per exclusionem zur Wahrscheinlichkeitsdiagnose verhelfen. Der sichere Ausschluß einer früheren Gonorrhöe ist jedoch fast unmöglich. Ebenso unsicher ist es, auf Grund des besonderen Tastbefundes die tuberkulöse Salpingitis von einer gonorrhoischen trennen zu wollen. Der Ansicht Henses, daß die

[1]) Vgl. das Sammelreferat über entzündliche Adnexerkrankungen in Heft 6, I. Jahrgang.

sekundäre gonorrhoische Salpingitis fast regelmäßig an der entzündlichen Mitbeteiligung der basalen Parametrien, namentlich an der Verdickung der Ligamenta sacro-uterina erkennbar und so von der tuberkulösen Affektion zu unterscheiden sei, ist mit Recht widersprochen worden. Beide Tubenprozesse können lange Zeit hindurch ganz lokal und isoliert verlaufen. — Bei ausgeheilter Tubentuberkulose finden sich nicht selten Kalkkonkremente in der Tube vor.

Uterine Hämorrhagien sind sehr häufig bei adnexiellen Erkrankungen jeder Art, und zwar unabhängig von jeglicher Erkrankung des Uterus selbst, d. h. sie können auch auftreten, wenn der Uterus vollkommen gesund ist. Der Form nach überwiegen die Menorrhagien. Bei der sklerozystischen Oophoritis bilden diese Blutungen neben den Schmerzen sogar das Hauptsymptom.

Den Nachweis betreffend, daß eine Aszension der Genitaltuberkulose tatsächlich bei Kaninchen experimentell erzeugt werden kann, worüber im vorigen Referat berichtet wurde, liegt jetzt eine größere Arbeit von Jung und Bennecke vor, aus welcher zusammenfassend erwähnt sei, daß von 82 Versuchstieren nach Einführung von tuberkulösem Material an verschiedenen Stellen des Genitaltraktus 12mal aszendierende Tuberkulose gefunden wurde, dabei 2mal bei Impfung eines Unterushornes bis dicht an die Tube derselben Seite herangehend, niemals aber in die Adnexe selbst übergehend. Die Kaninchentuben sind sehr klein und dünn, wodurch vielleicht der negative Befund daselbst erklärlich erscheint. Bei 6 Tieren wurde nach der Impfung sekundäre Tuberkulose in dem Parametrium einer oder beider Seiten mit Sicherheit konstatiert.

Zur Pathologie der Pyosalpinx sei folgendes erwähnt: Nimmt die Pyosalpinx nur den abdominalen Teil der Tube ein, so kann Torsion des Eitersackstieles, welcher vom gesunden Tubenteil geliefert wird, erfolgen. Der gedrehte Stiel ist manchmal so dünn, daß das Bild der Pyosalpinx am Präparat völlig verwischt erscheint. Zur Perforation eines solchen Eitersackes ist nicht allein die einfache Dehnung, sondern stets Alteration der Wand als Folge einer septischen Entzündung erforderlich. Daraus erklärt sich die Seltenheit des Vorkommens einer Ruptur, die nur in Ausnahmefällen von einem Trauma allein verursacht wird. Ursache und Wirkung haben eine gewisse Ähnlichkeit mit der Perforation eines gangränösen Wurmfortsatzes. Rein traumatisch kann die Ruptur bei gleichzeitig bestehender vorgerückter Gravidität durch Zerrung und Drehung erfolgen, wie dies bei sonst ganz gesund erscheinenden und kräftigen Frauen kurz nach dem Wehenbeginn beobachtet wurde, wo dann wegen plötzlich eintretender heftiger Schmerzen, Wehennachlasses und Verfalles der Frau die Geburt künstlich beendigt wurde und — nach zunächst normalem Wochenbett — sehr bald peritonitische Erscheinungen, Kollaps und Exitus eintraten. Manchmal kann die Peritonitis ihren lokalen Charakter bewahren und günstiger verlaufen. Wir wissen, daß bei der von den Beckenorganen ausgehenden Peritonitis sich das S Romanum als schützende Decke über das Becken legt und so einen Abschluß nach der freien Bauchhöhle bildet. Oft wird hierbei der Beckenanteil des Dickdarmes in Mitleidenschaft gezogen.

Bei gleichzeitig bestehendem Appendixabszeß kann es vorkommen, daß die Pyosalpinx mit jenem durch eine größere oder kleinere Öffnung kommuniziert. Dergleichen Befunde wurden mehrfach bei Operationen und Sektionen festgestellt.

Was nun die Parametritis anlangt, so erlebte Kuliga in 3 Fällen hochgradige Kompression des Rektums durch parametritische Exsudate verschiedener Ätiologie. Es handelte sich in allen 3 Fällen um Parametritis posterior, welche durch Druck der Exsudatmassen auf das Rektum einen inkompletten Darmverschluß erzeugte. Ein Teil des Lumens blieb durchgängig; aber das durch die Stenose bedingte spätere Einsetzen einer konsekutiven Darmlähmung steigerte in Kuligas Fällen die Ileuserschei-

nungen zu einem das Leben der Kranken gefährdenden Grade. Gelegentlich der Sektion des einen Falles zeigte sich das Rektum 6 *cm* über dem Anus in derbe, auf dem Durchschnitt speckigweiß aussehende Gewebsmassen eingemauert, die zum größten Teile zwischen Uterus und Mastdarm gelegen waren.

Ziemlich oft findet man bei Parametritis Störungen von seiten des uropoetischen Systems, namentlich auch Hydronephrose und Dilatation eines oder beider Ureteren, ein ganz analoges Verhalten wie bei der karzinomatösen Infiltration der Parametrien bei vorgeschrittenem Zervixkarzinom.

Wir kommen nun zur Therapie. Auf der Jahresversammlung der American Medical Association rät Cannaday zu möglichst konservativem Vorgehen bei pathologischen Veränderungen der Uterusanhänge und weiß sich eins mit den hervorragendsten amerikanischen Fachautoritäten. Gewiß können chronisch-entzündliche Adnexitiden bei Fehlen größerer Eiteransammlungen unter konservativer Behandlung gebessert werden. Über einige konservative Maßnahmen sei hier berichtet.

Krauß will bei subakuten Fällen von Beckenentzündungen aller Arten ein Spülverfahren in Anwendung bringen, wobei die Scheide aus 35 *cm* Höhe ohne Druck mit 1—2 *l* warmen Wassers gespült wird, derart, daß die Temperatur der Flüssigkeit von Spülung zu Spülung allmählich erhöht wird. Stellt sich bei einem gewissen Wärmegrade an dem Befinden der Patientin eine Reaktion in Form von Frösteln, Fieber oder Schmerz ein, so ist dadurch die Temperaturverträglichkeit des betreffenden Individuums experimentell für die nächste Zeit gefunden, d. h. es wird nun mit einer um ein Geringeres kühleren Flüssigkeit gespült, die eben gerade noch reaktionslos vertragen wird. Nach einer kürzeren oder längeren Zeit steigt alsdann bei fortgesetztem Spülen die Temperaturverträglichkeit von selbst. Bei solchem Verfahren soll man auf chronische Endzündungsprozesse der Adnexe sowie der Parametrien sehr günstig einwirken können. Die eintretenden Reaktionen klingen rasch ab und stören das Heilverfahren nicht.

Die auf Empfehlung von Sigm. Bernh. Schultze in die Gynaekologie eingeführte Thure-Brandtsche Massage gewinnt nach langer Vergessenheit wieder an Bedeutung und hat neuerdings in Mirabeau einen warmen Fürsprecher gefunden. Allerdings wird der maschinellen Vibrationsmassage (vom Abdomen oder von der Vagina aus) der besseren Lokalisation und Dosierbarkeit wegen der Vorzug gegeben. Die Massage wirkt lokal sekretionsanregend und blutzuführend und ist namentlich bei älteren Uterusverwachsungen sowie indurierten parametritischen Infiltraten imstande, den objektiven Befund zu bessern, den Uterus beweglicher zu machen, seine Deviation zu korrigieren, die Infiltrate zur Resorption zu bringen. Mißerfolge sind in 50% aller Fälle zu verzeichnen. Für die Behandlung der auf die Adnexe lokalisierten Entzündung erwies sie sich als ziemlich ungeeignet, da man eine Eiteransammlung in den kranken Tuben nie mit Sicherheit ausschließen kann. Die Behandlung ist streng zu individualisieren und bei Eintritt von Schmerzen oder Temperatursteigerungen sofort auszusetzen. Akute Entzündungsprozesse sowie Vorhandensein von Eiterherden kontraindizieren die Massage.

Auch die Saugungstherapie, wie sie bei chronischer Parametritis von Fleischmann in Wien vermittelst gewöhnlicher, mit einem Gummipfropf verschlossener Glasröhrenspekula unter Anwendung eines negativen Druckes von 50—100 *mm* Hg ausgeübt wird, wirkt infolge Dehnung der Stränge als Massage. Man benutzt zweckmäßigerweise durchsichtige Glasspekula, um den Abgang von Blut oder Eiter aus dem Uterus beobachten zu können. Diese vaginale Saugung ist — wegen des Herabsteigens

des Uterus — oft mit Schmerzen verbunden. Bei noch nicht abgeschlossener Abkapselung oder bei zu frischen Prozessen verbietet sie sich von selbst.

Bei Anwendung der Belastungs- und Heizungstherapie gehe man besonders vorsichtig zu Werke: akute Exazerbationen sind dabei nicht selten, und fieberhafte Nachschübe kommen sogar bei Fällen vor, wo wochenlang vorher kein Fieber mehr bestanden hatte. Sicher ist, daß zur Zeit chronische und subakute Adnexeiterungen viel zu konservativ behandelt werden. Wenn der Grundsatz noch zu Recht besteht, daß der Arzt tuto, cito et jucundo zu kurieren habe, so wird er die Patienten nicht gar zu lange und vielleicht nutzlos zur Bettruhe verurteilen, anstatt durch eine ungefährliche Operation sofort die Arbeitsfähigkeit wiederherzustellen. Lieber eine Operation als monatelange Sprechstundenbehandlung. Chirurgisch richtig ist bei Feststellung eines Eiterherdes einzig und allein das operative Vorgehen. Ob abdominell oder vaginal, ob mehr oder weniger radikal, das ist Sache der persönlichen, individuell verschiedenen Überlegungsart der betreffenden Operateure.

Daß ein Beckenabszeß, daß ein erweichter parametritischer Herd vaginal zu inzidieren ist, liegt klar auf der Hand. Stellen sich bei Parametritis posterior bedrohliche Zeichen von Darmverschluß oder Darmparalyse ein, so lege man einen Anus praeternaturalis an, und zwar nicht zu spät.

Man hüte sich bei Darmverschluß oder sehr starker Obstipation vor allzu energischem Hantieren mit dem hohen Darmrohr, weil die bereits geschädigte Darmwand leicht perforiert werden könnte. Nach Anlegung des künstlichen Afters kommt jene bald wieder zu sich und nach Besserung der Parametritis bahnt sich der Darm leicht wieder spontan den Weg nach unten.

Auch dem Beckenboden auflagernde Pyosalpingen können bequem vaginal eröffnet werden, was um so verlockender erscheint, als es — unter Ausschluß jeglicher Lebensgefahr — schon im Fieberstadium geschehen kann und eine spätere radikale Operation nicht hindert. Natürlich kommt die Inzision nur für fest adhärente, nicht zu lösende Eitersäcke in Betracht, wo ein radikales Vorgehen unmöglich ist. Bei höher im Abdomen fixierten Eitertumoren kann — wie Fleischmann und Schauta gezeigt haben — die breite abdominelle Inzision mit gründlicher Auskratuung oder Exzision der pyogenetischen Membran und doppelter Drainage (nach der Scheide und durch die Bauchdecken) gute Erfolge zeitigen. Wenn möglich, ist selbstverständlich die Radikaloperation vorzuziehen; wo aber starke und breite Verwachsungen, wo ein früher stattgefundener Durchbruch nach dem Darm oder das Vorhandensein von hochvirulentem Eiter die Radikaloperation unmöglich oder gefährlich machen, darf die abdominale Inzision und Exzision des Eitersackes, womöglich nach vorheriger Vernähung des parietalen Peritoneums an den Pyosalpinxsack — als indiziert gelten. Noch besser ist es, zweizeitig zu operieren, d. h. die eben erwähnte Annähung des Peritoneums 4 bis 5 Tage vor der Inzision des Sackes auszuführen. Chrobak entfernt die pyogene Membran im ganzen als Sack, nachdem er denselben vorher punktiert, ausgespült und dann inzidiert hatte. Er hat durch solches Operieren gute Erfolge erzielt und kennt einen Fall, wo die Frau nachher mehrmals konzipiert hat.

Als Nachbehandlung ist die Durchspülung der Wunde mit einer schwach antiseptischen Lösung, am besten mit 2%igem Wasserstoffsuperoxyd vorzunehmen. Die Operation eignet sich namentlich für heruntergekommene, durch langes Fieber abgezehrte Frauen, wo zur Verhütung der Amyloidose der Eiterherd angegriffen werden muß, ohne die Patientin der Gefahr einer längeren Narkose aussetzen zu können.

Indessen ist jede, auch die ausgiebigste Inzision nur ein Notbehelf für die radikale Operation. Alle partiellen Operationen liefern — speziell bei gonorrhoischen

Adnextumoren — schlechte Dauerresultate. Außer den Adnexen beider Seiten soll womöglich auch der meist miterkrankte Uterus entfernt werden. Nach beiderseitiger Kastration birgt der Uterus bei aller Gefahr im Falle seiner Drinbelassung gar keinen Nutzen mehr in sich. Schneller, einfacher und unblutiger als die totale Hysterektomie mag die supravaginale Amputation sein, wobei auch noch die Gefahr der Ureterenverletzung geringer ist. Doch dürfte die Belassung der Zervix einer breiten, ausgiebigen vaginalen Drainage — falls man eine solche beabsichtigt hatte — vielleicht hinderlich sein. Einzelne verfahren weniger radikal. Chrobak beläßt die Adnexe der gesunden Seite sowie den Uterus, um die immerhin denkbare Konzeptionsmöglichkeit nicht von vornherein auszuschließen, und Kiriac glaubt sich mit bloßer Ausschälung respektive Abkratzung der makroskopisch krankhaften Adnexteile begnügen zu können!

Wer von vorherein den Uterus opfern will, dem wird der vaginale Weg für die Radikaloperation zweckmäßig erscheinen. Die Entscheidung darüber, welcher Weg der ungefährlichere sei, läßt sich nach den Mortalitätsziffern nicht stellen, weil diese zu verschieden angegeben werden. Schauta operiert bei 4% Mortalität und 85% Dauererfolgen mit Vorliebe vaginal und hält die Dauerresultate der abdominellen Methode trotz größerer Sterblichkeit für schlechter. Hartmann lobt nach seiner operativen Erfahrung die Exaktheit und Übersichtlichkeit des abdominellen Operierens, das bei nur 1·49% Mortalität sicherer sei als die vaginale Methode, der er 3·22% Sterblichkeit zudiktiert. Auch viele französische Autoren verwerfen den vaginalen Weg bei annexiellen Eiterungen.

Ein besonderes Kapitel verdient die Drainage. D'Erchia glaubt durch eine umsichtige und nicht zu spärliche Kapillardrainage des Peritonealraumes mit steriler Gaze die Gesamtmortalität von 20% auf 3—4% herabdrücken zu können, und empfiehlt daher die prophylaktische Drainage auch für die nicht streng indizierten Fälle. Osterloh hat von 111 Adnexoperationen 52mal drainiert und dabei 10 Darmfisteln erlebt, 2 davon mit letalem Ausgang. Leopold wandte von 150 schweren Adnexoperationen nur 9mal Drainage an und sah dabei 4 Kotfisteln entstehen, weshalb er bedauert, auch nur bei diesen 9 Fällen überhaupt drainiert zu haben. Wenn man das Platzen der Eitersäcke während der Operation durch langsame Entleerung mittelst dünnen Troikars inhibiert, wenn man auf exakteste Bluttrockenheit und genauestes Abtupfen jedes kleinsten Eitertropfens achtet und das Operationsgebiet bis zum Schluß durch Servietten von der Bauchhöhle getrennt hält, dann ist die peritoneale Drainage vollkommen illusorisch und nur für jene Fälle zu reservieren, wo bei diffusen, nicht zu stillenden Blutungen die Drainage als Tampon wirken soll. In allen übrigen Fällen stört die Drainage nach Leopold lediglich die Rekonvaleszenz.

Manche drainieren nur bei eitrigen Adnexerkrankungen zweifelhafter Herkunft oder jüngeren Datums sowie bei ausgedehnter Peritonealwundfläche. Chrobak hält mit Olshausen die Drainage dort für überflüssig und schädlich, wo es sich um Zurücklassung von nicht eitrigen Gewebsresten im Operationsgebiet, namentlich am Darm, handelt. Ebenso ist sie zu unterlassen bei malignen, nicht völlig exstirpierbaren Tumoren, da die Gaze die Zersetzung und Wundsekretion nur fördert. Blutung soll durch vorübergehende Kompression gestillt werden. Dagegen befürwortet Chrobak die Drainage bei Eiter enthaltenden oder Eiter produzierenden Höhlen, wo durch das Drainrohr auch desinfizierende Injektionen und Spülungen vorgenommen werden dürfen. Statt des Drainrohrs möchte sich Chrobak mit Vorteil auch des Jodoformdochtes bedienen, welcher größere Saugkraft besitzt als die Jodoformgaze. Für tote oder diffus blutende Räume gilt die Tampondrainage mit loser, alle Winkel ausfüllender Jodoformgaze als indiziert.

Als Drainageweg kommt die Scheide wegen ihrer tiefsten Lage dem Senkungsbestreben des Eiters am meisten entgegen und wird fast allgemein auch deshalb vorgezogen, weil dabei eine glatte primäre Bauchdeckenheilung möglich ist. Leopold dagegen drainiert aus Furcht vor der sekundären Infektion nie durch die Scheide, sondern stets durch die Bauchdecken. Endlich sei erwähnt, daß viele wegen der Intoxikationsgefahr nicht mit Jodoformgaze, sondern mit gewöhnlicher steriler Gaze drainieren.

Pathologie der Scheide.

Sammelreferat (2. Halbjahr 1906) von Dr. **Felix Heymann**, Berlin-Charlottenburg.

Antecki: Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXIV, pag. 361.

Boldt: Geburtshilfl. Gesellsch. zu New York. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXIV, pag. 829.)

Derselbe: American Journal of obstetr., Bd. LIV, pag. 861.

Brothers: American Journal of obstetr., Bd. LIV, pag. 289, 523.

Chiarella: Archivio italiano di gin. obst., 1906, pag. 153.

Clarke: American assoc. of obstetricians and gynecologists, Cincinnati 1906. (Medical record, 1906, Bd. II, pag. 591.)

Cristalli: Archivio italiano di gin., 1906, pag. 607.

Ebert: Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gyn. zu Leipzig, 19. Nov. 1906. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn.. Bd. XXV, pag. 419.)

Frank: Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gyn. zu Köln, 1906. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXIV, pag. 678.)

Glockner: Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gyn. zu Leipzig, 19. Nov. 1906. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXV, pag. 419.)

Gusseff: Russk. Wratsch, Nr. 43; Deutsche med. Wochenschr., 1906, pag. 2007.

L'Hardy: La ginécologie, August 1906, pag. 289.

v. Herff: Gynaek. Helvetia, 1906, pag. 18.

Jakub: Wratsch, Nr. 11; Deutsche med. Wochenschr., 1906, pag. 732.

Jordachescu: Dissertation, Bukarest 1905. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXIV, pag. 237.)

Kaufmann: Annales de ginécologie, 1906, II. Série, Tome III, pag. 625.

Kayser: Mittelrheinische Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gyn., 20. Okt. 1906. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXV, pag. 117.)

Latis: Gazz. degli ospedali, Nr. 36; Deutsche med. Wochenschr., 1906, pag. 597.

Lerda: Gazz. degli ospedali, Nr. 72; Deutsche med. Wochenschr., 1906, pag. 1094.

Lewers: Geburtshilfl. Gesellsch. zu London, 2. Mai 1906. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXIV, pag. 556.)

Matthaei: Geburtshilfl. Gesellsch. zu Hamburg, 20. Nov. 1906. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXV, pag. 775.)

Menge: Fränkische Gesellsch. f. Geburtsh. u. Frauenkrankh., 13. Mai 1906. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXV, pag. 560.)

G. Müller: Časop. lék. česk., Nr. 36—38; Deutsche med. Wochenschr., 1906, pag. 1758.

Neugebauer: Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXIV, pag. 366 u. 461.

Pilski: Medizinische Klinik, 1906, Nr. 42, pag. 1087.

Pothérat: Bulletin et mémoires de la soc. de chir. de Paris, 1906, pag. 703, 757, 839.

Polosson: Revue de ginécologie et de chir. abd., 1906, pag. 925.

Ribbins: Niederländische gynaek. Gesellsch., 1906. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXIV, pag. 420.)

Roselli: Archivio italiano di gin., August 1906.

Rosenfeld: Ärztlicher Verein zu Nürnberg. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXV, pag. 565.)

Routier: Bulletin et mémoires de la soc. de chir. de Paris, 1906, pag. 830.

Sprigg: Geburtshilfl.-gyn. Gesellsch. zu Washington, 1906. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXV, pag. 282.)

Stambolski: Bulgarie méd., 1906, Nr. 3; Revue de gin. et de chir. abdominale, 1906, pag. 721.

Stankiewiez: Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXIV, pag. 370.

Taylor: American Journal of obst., Bd. LIV, pag. 860.

Torggler: Verein der Ärzte Kärntens, 7. Mai 1906. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXIV, pag. 565.)

Veit: Verein der Ärzte in Halle, 12. Dez. 1906. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXV, pag. 779.)

Zacharias: Fränkische Gesellsch. f. Geb. u. Frauenkrankh., 7. Okt. 1906. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXV, pag. 560.)

Doppelbildungen der Scheide sind in der Berichtszeit mehrfach beobachtet worden, so von Stambolski eine vollständige Verdoppelung der Vagina und des Cavum uteri, von Glockner eine rudimentäre Doppelbildung am Introitus kompliziert mit einer auf den Müllerschen Gang zurückzuführenden Zyste der vorderen Scheidenwand, von Rosenfeld ein Fall von Uterus duplex cum vagina septa, kompliziert mit Hämatokolpos links; im letzten Fall wurde die verschlossene linke Scheide von unten eröffnet, das Septum exzidiert und eine spätere Schwangerschaft und Geburt verlief normal.

Über Stenosen und Atresien der Scheide sowie deren operative Behandlung liegen eine Anzahl kasuistischer Mitteilungen und eine ausführliche kritische Arbeit von Brothers vor. Unter den ersteren sind zu nennen:

Latis, Atresia vulvae, mit Fehlen des unteren Scheidenabschnittes, Hämatokolpometra; Neugebauer, Vaginalatresie dicht oberhalb des Hymens, Hämatokolpometra; Ribbins, Hemiatresia vaginae, Hämatokolpos, Hämatometra, Hämatosalpinx: Laparotomie und Salpingektomie; 14 Tage später Scheidenplastik mit Implantation von Hautlappen; Sprigg, 2 Fälle von Scheidenstenosen als Geburtskomplikation, beides angeborene Verengerungen leichten Grades; einmal Forzeps, das zweite Mal Spontangeburt. Ebert, 2 ähnliche, aber schwerere Fälle.

Nach dem etwas undeutlichen Bericht war im ersten davon früher durch Laparotomie eine Hämatometra und Hämatokolpos entleert und ein Scheidenseptum von obenher durchtrennt worden. Unter der Geburt mußte die Striktur inzidiert und das Kind durch Forzeps entwickelt werden; im zweiten Fall Dehnung einer aus unbekannter Ursache entstandenen Stenose durch Tarnierschen Ballon.

Frank, Entbindung bei vollständiger Atresie der Scheide. Die Verengerung war erst in der Schwangerschaft durch konzentrierte Karbolsäure entstanden, welche zwecks kriminellen Aborts injiziert worden war. Von der Scheide war nur ein 3 *cm* tiefer Blindsack inmitten narbiger Massen übrig. Am Ende der Schwangerschaft spaltete Frank nach 24stündigen Wehen die vordere Mastdarmwand und die Scheide und fand direkt über den Narben den erweiterten Muttermund. Hohe Zange. Wunde offen behandelt. Tamponade, Spülungen. Heilung nach langem Fieber. Ein halbes Jahr später Exzision des Narbengewebes und Implantation von 2 gestielten Lappen aus der Innenfläche des Oberschenkels. Noch 4 Wochen später Darm- und Dammplastik.

Gusseff führte in einem Fall die künstliche Scheidenbildung nach Snegireff durch Transplantation von Anus und Rektum aus.

Nach Clarke sind die durch Entzündung oder Geburtsverletzung erworbenen Atresien in der Regel durch Dilatation mit harten Dilatatoren und Jodoformgaze heilbar. Dagegen hält er die plastischen Operationen in den kongenitalen Fällen meist für zwecklos.

Diese letztere Ansicht ist nach der sehr interessanten Arbeit von Brothers, in der er im Anschluß an einen eigenen mit Erfolg operierten Fall die bisherigen Er-

fahrungen über die Konstruktion einer neuen Scheide authentisch zusammenstellt, entschieden unberechtigt. Brothers unterscheidet folgende Operationsmethoden:

I. Operationen von der Scheide aus ohne Eröffnung des Peritoneums.
   a) Einfache Inzision und stumpfe Erweiterung,
   b) Inzision und Implantation gestielter Lappen,
   c) Inzision und Transplantation von Haut oder Schleimhaut.

II. Operationen per vaginam mit vaginaler Köliotomie,
III. „ „ „ „ abdominaler Köliotomie,
IV. „ „ „ „ Verwendung von Rektum oder Flexura sigmoidea.
V. Laparotomie allein.

Die einfache stumpfe Erweiterung nach Inzision gibt sehr häufig schlechte Resultate (bietet außerdem die Gefahr der Beckenphlegmone; siehe Vineburgs Arbeit, Gyn. Rdsch., Bd. I, pag. 648); sie kommt deshalb nur als Vorbereitung für eine der anderen Operationsmethoden noch in Betracht.

Die Implantation gestielter Lappen, welche in sehr verschiedenen Modifikationen ausgeführt werden kann und ausgeführt worden ist, hat in vielen davon sehr gute Dauerresultate gegeben, desgleichen die Transplanation von Haut oder Schleimhaut. B. hat in seinem Fall eine von Isaak angegebene Kombination dieser beiden Methoden ausgeführt. Diese besteht darin, daß die verschlossene Vulva durch einen annähernd kreisförmigen Schnitt umschnitten und dann der so gebildete kreisförmige Lappen durch langsamen Druck mittelst eines dicken Dilatators in die Tiefe gedrängt wird, um den am schwierigsten herzustellenden Teil der Scheide, nämlich das Scheidengewölbe, zu bilden. Als zweiter Akt folgt dann die Transplantation von Thierschschen Lappen auf die Seitenwände des auf die beschriebene Weise gebildeten Scheidenkanals. Die Technik dieser Transplantation hat Brothers noch so modifiziert, daß er einen dicken Glasdilatator mit Jodoformgaze umwickelte, darüber einen vielfach perforierten Gummikondom zog, diesen ringsum mit den Thierschschen Lappen bedeckte und den so präparierten Dilatator in die als Scheide bestimmte Wundhöhle hineinschob und bis zur Anheilung der Lappen liegen ließ.

Die Heilung verlief glatt und die neue Vagina war noch längere Zeit für einen Dilatator von 1 Zoll Dicke und 3 Zoll Länge bequem durchgängig. Er empfiehlt, diesen zweiten Akt erst mehrere Tage nach der Verlagerung des Scheidengewölbes vorzunehmen.

Die Operation vom Scheidenrudiment aus mit vaginaler Köliotomie (Gruppe II) ist in wenigen Fällen ausgeführt worden, einmal davon mit Annähung der gestielten Lappen an die gespaltene Zervix, ein Vorgehen, das in geeigneten Fällen ein annähernd normales Genitale schaffen kann.

Zur Gruppe III rechnet B. Fälle ganz verschiedener Art, sowohl solche, in denen ohne Zusammenhang mit der eigentlichen plastischen Operation früher oder später eine Laparotomie vorgenommen wurde, z. B. zwecks Entfernung einer Hämatosalpinx, als auch solche, in denen Laparotomie und Scheidenbildung im Zusammenhang ausgeführt wurden, um die neue respektive die vorhandene rudimentäre Scheide mit dem Uterus, respektive dem diesem anliegenden oberen Scheidenrudiment in Verbindung zu bringen. Das letztere Verfahren, mit dem Hofmeier, Pfannenstiel, Heinricius, Tuffier-Vineburg gute Resultate erzielten, verdient in geeigneten Fällen Nachahmung.

Die Laparotomie allein (V) ist in zahlreichen Fällen ohne Rücksicht auf die Bildung einer Scheide wegen der durch die Stauung des Menstrualblutes hervorgerufenen Beschwerden vorgenommen worden.

Die Scheidenbildung mit Vorlagerung von Darmteilen (IV) ist zwar selten, aber stets mit gutem Resultat ausgeführt worden. Trotz dieses guten Erfolges (B. berechnet 100% Dauererfolge) macht Brothers gegen diese Methode doch wichtige theoretische Bedenken geltend. Vor allem befürchtet er dauernde Störung der Schlußfunktion des Anus.

Für die Wahl einer Methode ist die wichtigste Frage, ob I. ein funktionierender Uterus nebst Adnexen vorhanden ist oder II. ein solcher fehlt.

Im Fall I kann die Verengerung angeboren oder erworben sein, und es kann sich handeln *a)* um eine ringförmige Atresie, *b)* um einen in größerer Länge stark verengten Kanal, *c)* um ein unperforiertes Septum zwischen Scheidenrudiment und Uterus.

Für *a)* ist weder Dilatation, noch Inzision, sondern Exzision des Ringes und Vernähung von oberem und unterem Segment die Methode der Wahl. Ad *b)* kommt die Transplantation sowohl gestielter als Thierschscher Lappen in Frage; ad *c)* wird meist eine dieser Methoden kombiniert mit der Eröffnung der Bauchhöhle von unten oder durch Bauchschnitt zu verwenden sein, letzteres besonders wenn eine Hämatometra oder Hämatosalpinx besteht.

Es kann nun II. ein funktionierender Uterus fehlen. In diesen stets kongenitalen Fällen kann trotz dessen eine Indikation zur Bildung einer Vagina vorliegen; besonders für Frauen, die ohne genaue Kenntnis ihres Zustandes eine Ehe eingegangen sind, kann sehr viel von dem Gelingen einer solchen Operation abhängen. Hier sind wieder zunächst die Methoden mit Lappenbildung (gestielten oder ungestielten) am Platze, speziell die oben geschilderte, von B. verwendete Kombination, nur in extremen Fällen die Darmmethoden.

Einen großen Stein fand Kaufmann in der Vagina einer sonst normalen Frau mit Conglutinatio labiorum. Der Stein hatte die Größe einer Frauenfaust, war ganz homogen, bestand vorwiegend aus Phosphaten und war offenbar aus dem Harn entstanden, der hinter den verwachsenen kleinen Labien zu einer an der hinteren Kommissur befindlichen kleinen Öffnung abfloß. Die Entfernung war sehr schwierig und gelang erst nach Verkleinerung des Steines.

Neugebauer extrahierte aus einer Scheide ein Bierglas, das 4 Jahre lang darin gelegen hatte. Das Septum vesico-vaginale war total dadurch zerstört und der eine absteigende Schambeinast zum Teil nekrotisch geworden. Die Frau war durch lang dauernde Pyämie hochgradig kachektisch geworden.

Antecki berichtet über ätiologisch dunkle Ulzera der Vagina, die jeder Behandlung trotzten, Pilski über Kolpitis senilis. Er hält es für wichtig, auf dieses Leiden aufmerksam zu machen, das sowohl seiner Häufigkeit, wie seiner pathologischen Bedeutung nach vielfach unterschätzt werde. Nicht selten ständen dabei Blasenbeschwerden im Vordergrund, die aber nicht durch Behandlung der Blase, sondern nur durch die Heilung der Kolpitis behoben würden.

Eine Zyste der Vagina operierte Lerolz (Exitus an Nephropyelitis). Zacharias sah die spontane Ausstoßung einer solchen Zyste von Pflaumengröße unter der Geburt. Weitere Mitteilungen über Scheidenzysten liegen vor von Chiarella, Cristalli, l'Hardy. Müller gibt die Beschreibung und mikroskopische Abbildung von 10 Zysten des Wolff-Gartnerschen Ganges, 1 des Müllerschen Ganges, 8 Drüsenzysten und Atheromen und einer lymphangiektatischen Zyste.

Ein Fibromyom der Vagina, das als Prolaps imponierte, demonstrierte Matthaei, Boldt ein Fibrom der vorderen Vaginalwand, Routier ein nußgroßes Fibrom der vorderen Vaginalwand bei einer Frau, die gleichzeitig einen großen fibrösen Uteruspolypen hatte.

Pothérat exstirpierte ebenfalls aus der vorderen Scheidenwand einen gestielten, nierenförmigen, 14 × 10 × 5 *cm* großen, soliden Tumor, der mikroskopisch aus fibrillärem Bindegewebe, infiltriert mit zahlreichen embryonalen Zellen, bestand. Eine histologische Diagnose dieses Tumors gibt Pothérat nicht; nur soll er weder ein Fibrom noch ein Fibromyom gewesen sein.

Sarkome der Scheide sahen Lewers und Boldt. Der von Boldt operierte rezidivierte bereits nach 6 Wochen.

Über primäre Karzinome der Vagina berichten: Menge, Kayser (Sitz an der hinteren Wand; mit Uterus exstirpiert), Lewers, Torggler (2 Fälle, davon einer mit ausgetragener Schwangerschaft), v. Herff (nach Exstirpation des papillären Tumors mit einem Stück Scheide Rezidiv; darauf Totalexstirpation, Heilung mit Zurückbleiben einer Mastdarmscheidenfistel, die durch Nachoperation geheilt wurde), Jakub (2 Karzinome der hinteren Wand, vom Damm aus operiert, schneller Verlauf), Taylor, Jordachescu. In Taylors Fall von primärem Epitheliom, das auf der vorderen Scheidenwand saß, entstanden nach isolierter Exstirpation zwei Rezidive innerhalb eines Jahres. Nach der darauf vorgenommenen Exstirpation fast der ganzen Scheide trat ein Rezidiv erst 4 Jahre später und nach Kauterisation derselben ein neues in der Zervix erst nach weiteren 2 Jahren ein, so daß nun der Uterus exstirpiert werden mußte. Auch Boldt hat Fälle mit ähnlich langsamem Verlauf gesehen. Anscheinend handelt es sich dabei um einen anderen Geschwulsttypus als den gewöhnlich in der Scheide vorkommenden. Dieser ist wie Jordachescu wieder betont, nicht papillär, bevorzugt die hintere Scheidenwand und verläuft sehr maligne. Die Therapie muß deshalb die erweiterte Radikaloperation sein. Diese ist noch von Veit, Zacharias, Stankiewicz, Polosson wegen (primären?) Scheidenkarzinoms vorgenommen worden.

Vereinsberichte.

Aus französischen wissenschaftlichen Gesellschaften.

Bulletin de la Société Belge de Gynécologie et d'Obstétrique, 1907, Nr. 4.

Prématuré de 1860 g. accès de cyanose pendant 24 jours: guérison, par Weymeersch. Kind von 7 Monaten hat während 24 Tagen mehrmals täglich Anfälle von Cyanose. Weymeersch versuchte nach dem Vorschlage Budins, der in der Unterernährung die Ursache der Krampfanfälle sieht, dem Frühgeborenen Ammenmilch, deren tägliches Quantum ein Fünftel des kindlichen Körpergewichtes betrug, einzuflößen. Gleichmäßige Gewichtszunahme und Aufhören der Anfälle am 25. Tage.

Sténose pylorique chez le nourrisson, par Weymeersch. 1. 3350 *g* schwerer Säugling leidet vom 10. Tage an fortwährendem Erbrechen und wiegt am 17. Tage nur noch 2120 *g*. Das Kind wird alle 20 Minuten angelegt und erhält vorher einen Teelöffel dünner Bromkalilösung. Allmähliche Besserung, nach 5 Wochen wiegt es 2800 *g*. Dauerheilung. 2. Säugling von 3350 *g* fängt in der 5. Woche an, alle Nahrung wieder zu erbrechen. Am 3. Tage walnußgroße Resistenz am Pylorus deutlich fühlbar. Brom und Opium bleiben ohne Erfolg, Operation wird ausgeschlagen. Exitus nach 3 Wochen.

Hématokolpos avec hématomètre, par Délétrez. Die Scheide war durch eine doppelte Membran verschlossen, Heilung. In der Diskussion bemerkt Keiffer, er habe nach inneren Blutungen häufig schwere Formen von Anämien gesehen, schwerer, als sie der ausgefallenen Blutmenge entsprachen; er glaubt, daß es sich hierbei um Intoxikationserscheinungen gehandelt habe. Schokaert hat ein Mädchen gesehen, das mit 16 Jahren periodische Schmerzen ohne Blutungen gehabt hat und das mit 20 Jahren plötzlich eine kolossale Blutung aus den Geschlechtsteilen bekam und seitdem regelmäßig menstruiert ist.

Fibrome utérin ayant nécecité une opération césarienne suivie d'hystérectomie subtotale, par Janvier. 34jähr. 0-para. Supravaginale Hysterektomie wegen Myoms der vorderen Uteruswand bei totfaulem Kinde. Heilung.

2. Ein Fall von Hebotomie.

Bulletin de la Société d'Obstétrique de Paris, 17 janvier 1907.

Étude anatomo-pathologique et microbiologique de 4 foetus-hérédosyphilitiques, par Fouquet. Fouquet untersuchte die Organe von 4 syphilitischen Neugeborenen nach dem Verfahren von Levaditi und fand die Spirochaeta pallida in der Leber, der Milz, den Nieren und in einzelnen Fällen auch im Hoden, während makroskopische Veränderungen völlig fehlten. Innerhalb der größeren Gefäße wurden niemals Spirochäten gefunden. Boissard hat in allen Fällen von hereditärer Syphilis in den inneren Organen des Neugeborenen und der Plazenta Spirochäten gefunden, ausgenommen, wenn es sich um stärker mazerierte Früchte handelte.

Présentation d'un foetus atteint d'ichthyose, par O. Macé. Ausgesprochener Fall, bei einer 2500 *g* schweren, toten Frucht einer 2-P., deren erstes Kind mazeriert zur Welt gekommen sein soll. Ätiologisch ließ sich keine Ursache finden.

Un cas d'ostéomalacie, par Channin et Chifoliau. 52jähr. 0-para. Seit einem Jahre Menopause. Vor 5 Jahren begannen Schmerzen in den Extremitäten und im Kreuzbein. Der Zustand blieb latent, bis vor 2 Jahren eine plötzliche Verschlimmerung eintrat. Patientin magerte stark ab und wurde kleiner. Jetzt bestehen die typischen Veränderungen an den Knochen der Wirbelsäule, des Kreuzbeines und besonders ausgesprochen am Becken.

Malformation. Meningocele. Opération, par Boissard et Echbach. Abtragen einer halbkindskopfgroßen Meningokele des Hinterhauptes. 24 Stunden p. p. Heilung. Der Inhalt bestand aus Tumorgewebe, das aus dem Schädelinnern hervorkam und abgetragen wurde. Mikroskopisch gutartige Neubildung ohne bestimmten Charakter.

Un cas de vomissements incoercibles traité par la méthode de Copeman et la suggestion, par Garipuy. 22jähr. II-p. Vor 2 Jahren Einleitung des Aborts wegen unstillbaren Erbrechens und progredienter Gewichtsabnahme. Jetzt Graviditas Mens. 2. Erbrechen seit 14 Tagen. Gewichtsabnahme. Innere Mittel erfolglos. In Narkose wird das Kollum bis Nr. 18 durch Hegarstifte erweitert (Methode von Copeman) und der Frau gesagt, der Abort sei vorgenommen worden. Nach 2 Tagen hörte das Erbrechen dauernd auf. Garipuy fragt: worauf ist der Erfolg zurückzuführen? Reflexwirkung durch die Dilatation oder reine Suggestivwirkung?

Bulletin No. 2 et 3. Séances du 21 et 28 février 1907.

Gedächtnisrede für den verstorbenen Pierre Budin, gehalten von P. Bar.

Lésions cellulaires très graves du foie et légeres du rein après ligature temporaire de deux veines rénales du chien pendant 10 minutes. Rapprochement avec les lésions cellulaires du foie et du rein dans l'éclampsie puerpérale, par Chirié. Die temporäre Unterbindung der Nierenvenen ergab geringe Veränderungen an den Nieren, dagegen sehr ausgedehnte Nekrosen des Leberparenchyms, wie man sie analogerweise bei der Autopsie Eklamptischer antrifft.

Les avortements à la maternité de Tenon pendant le dernier trimestre de l'année 1906, et en particulier les avortements criminels, par Boissard. Von 60 Fällen von Abort kamen 37 mit Fieber in die Behandlung, davon 4 mit Temperaturen über 40. 2 Frauen starben.

Abondance des spirochètes dans les viscères de foetus syphilitiques morts et macérés, Bar et de Kervily. Auch bei stark mazerierten Föten sind Spirillen in den Eingeweiden nachzuweisen.

Deux cas d'opération de Gigli, par O. Macé. Günstiger Ausgang für Mutter und Kind in beiden Fällen.

Un cas de métrite dissécante, par Macé. Bei einer II-p. war ein Stück Plazenta zurückgeblieben und mußte manuell gelöst werden. Fieberhaftes Wochenbett. Nach 14 Tagen wird ein 60 : 50 : 3·5 *mm* dickes Stück der Uterusmuskulatur ausgestoßen. Sofortiger Abfall der Temperatur, Heilung.

La perméabilité du placenta aux hématozoaires, le paludisme congénital, par Economos. Aus seinen 7 Beobachtungen zieht Economos folgende Schlüsse: Die Protozoen gehen in utero auf die Frucht über, ohne jedoch in allen

Fällen Fieber bei dem Neugeborenen zu machen. Nur wenn die Infektion der Mutter noch nicht lange zurückliegt, kommt es bei dem Neugeborenen zum Ausbruch der Symptome.

Deux cas de mort subite chez le nouveau-né, par Jeannin et Garipuy. 1. Kind, 2450 *g* schwer, stirbt plötzlich am 10. Tage trotz vorausgegangener Gewichtszunahme. Die Sektion ergibt Dilatation des linken Gehirnseitenventrikels, der mit 300 *g* einer gelblich serösen Flüssigkeit gefüllt war. 2. 5000 *g* schweres Kind. Am 4. Tage plötzliche Cyanose, Temperatur 39·2, Tod. In der Bauchhöhle finden sich bei der Sektion 200 *g* Blut, das aus einem geplatzten Hämatom der rechten Nebenniere stammte. Thymus und linke Nebenniere normal. Trotz der zahlreichen Fälle von Tod des Neugeborenen infolge Blutung in die Nebenniere finden sich nur 3 Fälle von Durchbruch des Hämatoms in die freie Bauchhöhle.

De la valeur de la mesure de la pression artérielle pour le diagnostic entre l'épilepsie et l'éclampsie puerpérale, par Chirié. I-p., hat 11 Anfälle, die den eklamptischen äußerst ähnlich sehen; der geringe Arteriendruck (15—16 gemessen mit dem Potainschen Sphygmomanometer) und die fast fehlende Albuminurie bestimmen zur Diagnose hystero-epileptische Anfälle, eine Annahme, die auch durch die Anamnese gestützt wird.

Des variations de la pression arterielle dans deux états rénaux puerpéraux successifs, par Chirié. 32jähr. Frau im 9. Monat der Gravidität wegen schwerer Nephritis mit Ödemen aufgenommen. Unter kochsalzfreier Nahrung verschwindet das Albumen fast völlig. Nach 4 Wochen spontaner Partus. Am 8. Tage leichte uterine Infektion, plötzliche beträchtliche Urinverminderung und Tod im Koma nach 3 Tagen. Der Blutdruck war dauernd fast normal. Die Sektion ergibt Nephritis parenchymatosa ohne sonstige Organveränderungen. Der Tod ist als Folge der plötzlichen Urinretention aufzufassen.

Ligature du cordon ombilical par transfixation, par Guillermim. Guillermim schlägt vor bei sehr dicker Nabelschnur, dieselbe mit doppelt armierter Nadel zu durchstechen, den doppelten Faden je nach einer Seite zu schnüren und mit denselben Fäden schließlich noch einmal die ganze Nabelschnur zu unterbinden.

Séance du 21 mars, No. 4.

Production expérimentale des crises éclamptiques, par Chirié et A. Mayer. Die in der vorigen Sitzung mitgeteilten Versuche temporärer Unterbindung der Nierenvenen wurden an Hunden wiederholt und dabei Erscheinungen beobachtet, die klinisch und anatomisch dem Bild der Eklampsie gleichsahen. In 4 von 7 Versuchen traten allgemeine Krämpfe auf und in der Leber fanden sich in allen Fällen die für Eklampsie typischen Veränderungen. Hypertension im Arteriengebiet war während der ganzen Zeit nicht zu beobachten. In der Diskussion bemerkt Bar, daß man früher gelegentlich der intrauterinen Spülungen häufiger Gelegenheit gehabt hatte, derartige eklamptiforme Anfälle als Folge der Spülungen besonders bei Karbolsäurelösungen zu sehen.

Du décollement du péritoine pelvien au cours de l'état puerpéral, par Jeannin. Injektionsversuche über die Lagebeziehungen des Peritoneums während des Wochenbettes.

Un cas de distocie par excès de volume de foetus, par Nicolas. 62 *cm* langes Kind mit 42 *cm* Kopfumfang. Die Entwicklung der Schultern gelang erst nach Durchschneidung der Klavikula. Kind tot.

Recherches sur la Bactériologie de l'utérus dans ses rapports avec le traitement local de l'infection puerpérale, par Jeannin. Bei der bakteriologischen Untersuchung des Uterusinhaltes von 7 Wochenbettfieberfällen, die alle in Heilung ausgingen, fand Jeannin folgendes Resultat: Es handelte sieh in allen Fällen um Mischinfektion. Meist sind anaerobe und aerobe Bakterien nachweisbar. Es wurde Bact. coli 7mal, ebenso oft Staphylokokken und 5mal Streptokokken gefunden. Die intrauterinen Spülungen bleiben ohne nachweisbaren Einfluß auf die Bakterienflora der Uterushöhle: ebenso die digitale Ausräumung oder das Auswischen mit Tupfern.

Société de Chirurgie de Paris, 11. Juli 1906.

Potherat demonstriert ein gestieltes Fibrom der vorderen Vaginalwand. Thiéry zeigt einen bei einer 34jähr. Frau exstirpierten Uterus, der starke Blutungen gemacht hatte. Die Untersuchung ergab Deciduoma benignum.

Sitzung vom 18. Juli.

Richelot demonstriert den seltenen Fall eines traubenförmigen Ovarialkystoms mit serösem Inhalt. Thiéry zeigt 2 große Fibrome der Ligamenta lata. Noch bei der Operation entstand eine Ureterfistel, die spontan heilte.

Sitzung vom 25. Juli.

Legueu zeigt eine große Ovarienzyste, die er bei einem 3jähr. Mädchen durch Operation entfernt hat.

24. Oktober 1906.

Faure berichtet über 4 Fälle von fortgeschrittener Extrauterinschwangerschaft. Je ein Fall aus dem 5., 7. und 10. Monat. Die Früchte waren tot, die Mütter genasen nach der Operation. Fall 4 ist der am meisten bemerkenswerte: Vor 6 Wochen normale Entbindnng, Ovarientumor. Die Laparotomie ergibt einen Fruchtsack, der eine 4 Monat alte, längere Zeit abgestorbene Frucht enthält. Faure nimmt Zwillingsschwangerschaft an.

21. November.

Faure berichtet über seine Erfahrungen bei der Operation der Kollumkarzinome. Von 18 nach Wertheim Operierten hat er 6 = 33% im Anschluß an die Operation verloren. Von den 12 Überlebenden hat er 9 Heilungen seit 1—5 Jahren. Jetzt operiert er nach kombiniertem vagino-abdominalen Verfahren, wobei er unter 7 Fällen einen verloren hat. Hartmann zeigt eine Frau, bei der nach vaginaler Entfernung eines Blasensteins eine Blasen-Scheiden-Kolonfistel entstanden war. Laparotomie, Schluß der Blasen-Kolonfistel. Heilung. Nach einiger Zeit Heilung der Blasenscheidenfistel durch einfache Anfrischung. Mauclaire zeigt einen Tumor des Corpus uteri, der 5 *l* Flüssigkeit enthielt. Mikroskopisch handelte es sich um ein zystisches Fibrosarkom.

12. Dezember.

Pothérat zeigt ebenfalls ein großes zystisches Fibrosarkom des Uteruskörpers, das langsam in 5 Jahren gewachsen war.

19. Dezember.

Ricard berichtet über einen Fall, wo man bei der beabsichtigten supravaginalen Amputation des Uterus wegen Myoms ein vorher nicht diagnostizierbares, vereitertes Zervixkarzinom beim Absetzen des Uterus entdeckte. Entfernung des Zervixstumpfes. Tod.

Brunet, Magdeburg.

Aus italienischen Gesellschaften.

In der Accademia di medicina di Torino (Sitzung vom 14. Dezember 1906) berichtet:

Bobbio über den ziemlich seltenen Befund von Tuberkulose in Uterusmyomknoten. Tuberkulose klinisch diagnostiziert. Tuberkulose der Mesenterialdrüsen und der Tuben. Entfernung von Uterus und Adnexen. Die mikroskopische Untersuchung der Myomknoten ergab Herde von tuberkulösem Granulationsgewebe.

R. Accademia medico-chirurgica di Napoli (Sitzung vom 16. Dezember 1906).

Poladino: Studien über die Plazentation beim Menschen. Das Ei nistet sich in Buchten der Dezidua ein. Die Dezidua entsteht ohne Beteiligung der Drüsen und des Oberflächenepithels. Das letztere wird abgestoßen. Die ersteren werden durch Plasmolyse und Caryolyse zerstört. Poladino wirft die Auffassung, das Synzytium entstehe aus dem Uterusepithel, als unhaltbar zurück. Die intervillösen Räume sind die Überreste der ursprünglichen Buchten der Dezidua und der Räume zwischen den Chorionzotten; ihr ursprünglicher Inhalt ist eine Hämolymphe sui generis, welche bei der Umbildung der Dezidua entsteht und zusammengesetzt ist aus Lymphozyten, Normoblasten und Produkten der histolytischen Prozesse, welche einen Teil der Dezidua und das gesamte Drüsenepithel befallen. Diese Flüssigkeit bildet die erste Nahrung des Embryo. In dieser ersten Zeit besteht der Stoffaustausch trotzdem nicht in bloßer Osmose zwischen Fötus und Mutter, sondern es handelt sich um eine wirkliche Symbiose mit gegenseitigem Stoffaustausch.

XII. Versammlung der italienischen geburtshilflichen gynaekologischen Gesellschaft in Mailand (September 1906).

Gigli spricht über Pubiotomie und tritt mit größter Begeisterung dafür ein. Er bezeichnet die Symphysiotomie als ein Verfahren, welches keine Daseinsberechtigung

mehr besitze. Gigli verfügt über 200 Fälle mit einer Gesamtmortalität von 3% und die schon vor der Operation infizierten Fälle abgezogen, Mortalität gleich null. Künstliche Frühgeburt, prophylaktische Wendung, hohe Zange und Sectio caesarea sollen zugunsten der Pubiotomie in beträchtlicher Weise eingeschränkt werden.

Truzzi erinnert an seinen schon früher gemachten Vorschlag, durch Interposition eines dekalzinierten Knochenstückes das Becken dauernd erweitert zu erhalten.

Cziaventone demonstriert ein Pubiotom.

Scarlini berichtet in bezug auf die bleibende Erweiterung des Beckens nach Pubiotomie von einer Frau, die später immer spontan geboren hatte.

Resinelli konstatierte bei seinem letzten Falle radioskopisch eine Diastase der Knochen von 1 *cm* ohne Gehstörung.

Raineri warnt vor Pubiotomie bei Placenta praevia.

Mirto machte spärliche Versuche mit einem Plazentarpräzipitine enthaltenden Serum bei Eklampsie und Albuminurie zum Zweck, die Geburt in Gang zu bringen. Auf die Injektionen erfolgten Uteruskontraktionen.

Borgesio (Turin) spricht über die chirurgische Behandlung der Tubenruptur bei Extrauteringravidität. Als Methode der Wahl in den drei ersten Monaten empfiehlt er die Kolpotomia posterior.

Pazozi (Bolognia) vermißt in unserer an humanitären Bestrebungen so reichen Zeit die staatliche und gesellschaftliche Beteiligung am Kampfe gegen den Abort. Um diesen Kampf erfolgreich führen zu können, verlangt er eine genaue staatliche Nachforschung über die zahlreichen Ursachen des Abortes und fordert die gynaekologische Gesellschaft auf, beim Staate um eine genaue Kontrolle nachzusuchen, und gibt praktische Ratschläge, wie dies durchzuführen wäre.

Ferroni (Parma) untersuchte das elektrische Leistungsvermögen des mütterlichen und fötalen Blutes. Bei Schwangeren ist im Gegensatz zu Nichtschwangeren die Resistenz herabgesetzt. Im Puerperium nimmt sie wieder zu. Das defibrinierte Blut zeigt ein ähnliches Verhalten. Der Leitungswiderstand des fötalen Serums ist geringer als der des mütterlichen Serums.

Patellani (Mailand) berichtet über zwei Fälle von Mariescher Krankheit (Akromegalie) und weist auf die Beziehungen hin zwischen diesem Leiden und dem weiblichen Genitalapparat. Ausbleiben der Menstruation, Atrophie. Aus der Literatur stellt er 200 Fälle zusammen.

Borgesio (Turin) referiert über 72 Totalexstirpationen des karzinomatösen Uterus nach Wertheim. Wegen der hohen Operationsmortalität löst er in jüngster Zeit die Fälle genau aus und operiert nur noch bei großer Beweglichkeit des Uterus. Beginnende Portiokarzinome operiert er per vaginam.

Pestalozza ist weniger pessimistisch. Bei richtiger Auswahl der Fälle sei die Mortalität nicht größer als die einer jeden anderen Laparotomie.

Spinelli ist auch der Ansicht, die Operabilitätsgrenzen einzuengen. Der Uterus soll vollkommen beweglich sein und die Parametrien intakt. Von seinen 14 Fällen starben 4 direkt im Anschluß an die Operation; andererseits sind sie Dauerresultate sehr befriedigend. Ein Fall ist seit 4 Jahren rezidivfrei, einer seit 3 Jahren und zwei seit 2 Jahren. Mangiagalli ist überhaupt für die vaginale Operation.

Gecielli (Alba) spricht über Cervicitis und Endometritis bakteriologischen Ursprungs. Am häufigsten findet man Streptokokken und Genokokken. Die letzteren begünstigen durch Vorbereitung des Nährbodens die Infektion mit Streptokokken. In jenen Fällen von chronischer Cervicitis ist der Gonokokkus meistens verschwunden und der chronische Entzündungszustand wird durch die sekundär hinzugetretenen Keime unterhalten. Abgesehen von der Tuberkulose und der akuten Gonorrhöe, ist es unmöglich, in Anbetracht der häufigsten Mischinfektionen Cervicitis und Endometritis nach den Bakterienbefunden zu klassifizieren. Jene Katarrhe, welche sich an akute Gonorrhöe anschließen, sind die hartnäckigsten, auch wenn keine Gonokokken mehr zu finden sind: wahrscheinlich wegen der tiefgehenden geschwürigen Veränderung, welche der Gonokokkus verursacht hat.

Caliri (Mailand), Einfluß des frühzeitigen Blasensprungs auf den Verlauf des Wochenbetts. Seine Zusammenstellung umfaßt 1770 Geburten, worunter 968mal die Blase frühzeitig sprang. Seine Ergebnisse sind: 1. Der frühzeitige Blasensprung an sich ist ohne Einfluß auf den Verlauf des Wochenbettes. 2. Ist auch vielfach die Morbidität bei frühzeitigem Blasensprung größer, so muß man dafür nicht diesen

verantwortlich machen, sondern die häufigen operativen Eingriffe bei Beckenverengerungen und Lageanomalien, welche ihrerseits den frühzeitigen Blasensprung verursachen. 3. Geburten mit Abgang des Fruchtwassers vor der vollständigen Erweiterung zeigen durchschnittlich dieselbe Dauer wie Geburten mit dem Blasensprung nach vollständiger Erweiterung, wenn keine anderen Störungen auftreten.

Giorgi (Rom) machte Versuche über die Beziehungen zwischen Ovarium, Corpus luteum und Hypophyse. Bei Kaninchen führt die Exstirpation der Ovarien zu einer Hypertrophie der Hypophyse, ebenso nach der Zerstörung der Corpora lutea.

Raineri (Vercelli) bespricht den Kaiserschnitt bei Placenta praevia centralis und kommt an Hand einer Statistik von 36 Fällen zum Schlusse, daß durch diese Behandlungsmethode die Mortalität der Mutter sich vergrößere, diejenige des Fötus um ein Geringes verkleinere.

Levi (Tunis) machte eine Splenektomia in graviditate. Stark vergrößerte Wandermilz mit Stieltorsion. Heilung.

Caruso (Novara) berichtet über eine eigentümliche Mißbildung, Einschluß des Penis in den Damm mit Meatus urinarius in der Nähe der Afteröffnung.

Resinelli (Florenz) über rezidivierende Tubargravidität. 3 Fälle. Rezidive sind ziemlich häufig, und zwar wenn die erste spontan zur Ausheilung kam, oder wenn Tube und Ovarium einseitig exstirpiert wurden. Es sollte immer abdominal operiert werden, verbunden mit einer Sterilisierung der Frau.

Sfameni (Rom) beobachtet nach einem Kaiserschnitt wegen Beckenenge dritten Grades eine starke Hydrorrhoea cervicis und führt dieselbe auf Sekretion der Gartnerschen Gänge zurück. Ureterenverletzung ausgeschlossen.

Miceli (Palermo): Wirkung der Formiate, speziell des ameisensauren Natrons auf die Genitalfunktion des Weibes. Diese haben auf den leeren und auf den graviden Uterus eine spezifische Wirkung. Während der Menstruation vermindern sie den Blutabgang. Unter der Geburt wirken sie als Tonikum. In der Laktation vermindern sie die Milchabsonderung.

Raineri (Vercelli) untersuchte mikroskopisch zwei Plazenten von an Eklampsie zugrunde gegangenen Mehrgebärenden und fand darin Entzündungsherde mit reichlichen Plasmazellen.

Pestalozza empfiehlt seine schon 10mal mit gutem Erfolg gemachte operative Behandlung der Retroversio uteri, welche darin besteht, daß er unter Laparotomie den reponierten Fundus uteri in einen peritonealen Lappen einnäht, welchen er vorne, am unteren Uterussegment lospräpariert.

Svitori (Mailand) konstatierte eine Abnahme der Langerhansschen Zellinseln in der Schwangerschaft.

De Pace (Brindisi) berichtet über Syphilis des Uterus und der Adnexe, deren Wichtigkeit vielfach von Syphilidologen und Gynaekologen verkannt wird, zum großen Schaden der Patientinnen, bei welchen an Stelle der prompt wirkenden antiluetischen Kur hie und da verstümmelnde Operationen gemacht werden.

Delle Chiaje (Neapel) berichtet über einen eigentümlichen histologischen Befund: Riesenzellen mit vielen Kernen in einem elephantiastisch veränderten Labium minus.

Herlitzka (Turin) erwähnt einige technische Details der Alexanderschen Operation. Er hält die breite Eröffnung des Leistenkanals für besonders wichtig und will, daß man den Uterus nicht bloß durch Zug am Ligamentum rotundum aufrichte, sondern bimanuell.

Alfieri (Pavia) demonstriert Präparate einer ulzerösen Cervicitis bei einem zwei Tage alten Mädchen, welches an Melaena zugrunde ging. Die Bakterienfärbung am Schnitt ergab Gonokokken. Er glaubt, daß es sich um eine intra partum erworbene gonorrhoische Infektion handle.

Vicarelli (Turin): Das Parathyroidin zur Behandlung der Eklampsie und der Schwangerschaftsniere. Ausgehend von seiner Theorie, der Eklampsie, welche auf einer Insuffizienz der Parathyroidea beruhe, hat Vasalle ein Serum, das Parathyroidin, vom serotherapeutischen Institut herstellen lassen, welches per os 100—150 Tropfen täglich verabreicht wird. Die wissenschaftliche Voraussetzung dieser Eklampsietheorie sind eine Reihe von Versuchen an Hunden und Katzen, womit er die Wichtigkeit der Nebenschilddrüsen beweist; die Exstirpation aller Thyroideen hat Tetanie zur Folge, an welcher die Tiere innerhalb weniger Tage zugrunde gehen. Die Tetanie wurde bis dahin nicht der Exstirpation der Parathyroidea, sondern der Thyroidea zu-

geschrieben. Die Beobachtung, daß gravide Tiere viel intensiver auf die Schädigungen des Nebenschilddrüsensystems reagieren, führten Vasalli auf den Gedanken, daß die Parathyroideen im Schwangerschaftsstoffwechsel viel mehr in Anspruch genommen würden und daß eine Insuffizienz derselben Eklampsie oder Schwangerschaftsniere herbeiführen können. Pathologisch-anatomische und klinische Beobachtungen scheinen dieser Hypothese eine sichere Grundlage zu geben; so das Fehlen von mehreren Parathyroideen bei Frauen, die an Eklampsie zugrunde gingen. Vicarelli gibt seine eigenen Beobachtungen wieder über die Wirkungen des Parathyroidins. Sie erstrecken sich über 3 Gruppen von Schwangeren. 1. Gruppe: 7 Fälle von Schwangerschaftsniere. Vor der Schwangerschaft ganz gesunde Frauen, jetzt starke Ödeme, starker Eiweißgehalt, spärliche Urinmenge. Diese Patienten wurden mit Parathyroidin behandelt. Bei allen traten die krankhaften Erscheinungen in kurzer Zeit zurück. 2. Gruppe: 1 Fall, Schwangere im 7. Monat, äußerst spärliche Urinmenge, diffuse Ödeme. Am selben Tage 3 eklamptische Anfälle. Nach Parathyroidinverabreichung Heilung. Die Schwangerschaft erreichte ihr normales Ende. 3. Gruppe: 3 Fälle. Chronische Nephritis. Verschlimmerung in der Gravidität. Die Verabreichung des Parathyroidins verursachte wohl vorübergehende Besserung, hingegen mußte schließlich doch die Schwangerschaft unterbrochen werden, um der gefürchteten Eklampsie auszuweichen.

Bertoli (Florenz): Paramilchsäure und Eklampsie. Im Urin der Eklamptischen findet sich Paramilchsäure, wie Zweifel nachgewiesen hat. Der prozentuelle Gehalt entspricht nicht der Schwere des Falles. Die Paramilchsäuremenge aus der Plazenta einer Schwangeren mit Nephritis ist größer als bei gesunden Schwangeren, bei Eklampsie noch größer als bei Nephritis. Die Milchsäure ist nicht die Ursache der Eklampsie, sondern ein giftiges Stoffwechselprodukt als Teilerscheinung der allgemeinen Intoxikation. (Fortsetzung des Berichtes folgt.) Dr. Jaeggy, Bern.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Gynaekologie.

Klein. Alte und neue Gynaekologie. München 1907. J. F. Lehmanns Verlag.

Sippel. Die klinische Bedeutung der Rückwärtslagerung des Gebärmutterkörpers. Monatsschrift f. Geb. u. Gyn., H. 4.

Monsiorski, Ein Fall von Hämatokele seltenen Ursprunges, ohne Eiterung, mit spontanem Durchbruch in die Scheide. Ebenda.

Kermauner. Lymphangiom der Tube. Archiv f. Gyn., Bd. 83, H. 2.

Forssner, Zur Behandlung der entzündlichen Adnexerkrankungen. Ebenda.

Frankenstein, Über die Bedeutung der Resectio uteri bei Myomen zur Erhaltung der Menstruation nach der Operation. Ebenda.

Hannes. Über zystoskopisch nachweisbare Blasenveränderungen beim Kollumkarzinom des Uterus. Med. Klinik, Nr. 42.

De Vivo, Di un nuovo segno per differenziare una cisti dell' ovaio a pareti flaccide, dalla presenza di liquido libero nel cavo peritoneale. La Riforma Medica, Nr. 40.

Goelet. Examination of the Gynecologic Patient for Diagnosis. The Journ. of the Amer. Med. Assoc., Nr. 14.

Hartmann, Prolapse of Mucous Coats of the Sigmoid Through a Perforation of the Uterus. Ebenda.

v. Westphalen, Die Wechselbeziehungen zwischen weiblichen Genitalorganen und Mastdarm. Klin. Jahrb., Bd. 17, H. 3.

v. Bardeleben, Die klinischen Formen und die Behandlung der Endometritis. Ther. der Gegenwart, H. 10.

Thaler, Zur Asepsis bei Laparotomien. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 43.

Morestin, Rupture d'un kyste de l'ovaire pendant la grossesse. Ann. de Gyn. et d'Obstétr., Octobre.

Chauvel, Sarcome kystique de l'ovaire chez un hermaphrodite d'aspect masculin. Ebenda.

Strassmann, Die operative Vereinigung eines doppelten Uterus. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 43.

v. Velits, Über die Behandlung der Uterusmyome. Pester med.-chir. Presse, Nr. 43.
Freund, Zur Behandlung der Dysmenorrhöe von den Brüsten aus. Münchener med. Wochenschrift, Nr. 43.
Klinge, Über das Chorionepitheliom nebst Mitteilung eines neuen Falles. Inaug.-Dissert., Heidelberg, August.
Dandelski, Primäres Tubenkarzinom. Inaug.-Dissert., Würzburg, August.
Werthmann, Beitrag zur Pathologie und Therapie der Vulva- und Scheidenkarzinome. Inaug.-Dissert., Würzburg, Sept. 1907.
Smith, Practical Deductions from an Experience of 750 Abdominal Sections. The Internat. Journ. of Surg., Nr. 10.
Oviatt, Malignant Complications and Degenerations of Uterine Fibromyomata. The Internat. Journ. of Surg., Nr. 10.
Aulhorn, Ergebnisse der Blutuntersuchung in der Gynaekologie. In Klein, Alte und neue Gynaekologie. Lehmann, 1907.
Aulhorn, Ein Fall von malignem Chorionepitheliom. Ebenda.
Benndorf, Silkwormgut zur Fasziennaht bei Laparotomien. Ebenda.
Eltze, Poliklinische Erfahrungen über Heißluftbehandlung. Ebenda.
Eltze. Die Behandlung mit Röntgenstrahlen bei einigen gynaekologischen Erkrankungen. Ebenda.
Kachel, Zur Prognose der Ovarialtumoren. Ebenda.
Klein, Retroflexio uteri, Pessarbehandlung und Dysmetropexie. Ebenda.
Klein, Skopolamin-Dämmerschlaf und Spinalanästhesie bei gynaekologischen Operationen. Ebenda.
Hannes, Zystoskopische Befunde bei operativ geheilten Blasenscheidenfisteln. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 44.
Nowikoff, Indikationen zu chirurgischen Eingriffen bei Mißbildungen der weiblichen Genitalien. Wratschebnaja Gazeta, Nr. 41.
Woskressenski, Zur Kasuistik der Stieltorsion bei Ovarialzysten. Ebenda.
Waiss, Hysterectomy for Hemorrhage. Surg., Gyn. and Obstetr., Vol. V, Nr. 4.
Mars, Über die Behandlung der entzündlichen Zustände der Gebärmutter. Tygodnik lekarski, Nr. 33.
v. Lichtenberg, Chirurgische Behandlung der weiblichen Geschlechtsorgane. Bericht aus der Narathschen Klinik. Beitr. zur klin. Chir., Bd. 55, Suppl.
Sitzenfrey, Parovariotomia vaginalis sub partu. Prager med. Wochenschr., Nr. 44.
Kuntzsch, Kohabitationshindernis infolge von Hymenalzyste und Vaginismus. Konzeption trotz fehlender Defloration. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 45.
Scherbak, Der Simonsche Spatel als selbsthaltendes Spekulum. Ebenda.
Oliver, A Study of Suppuration of the Ovary with Illustrative Cases. The Journ. of Obstetr. and Gyn. of the Brit. Emp., Nr. 5.
Taylor, Typhoid Infection of Ovarian Cysts. Ebenda.
Casalis, A Case in which Ligature of the Fallopian Tubes Failed to Effect Sterilization. Ebenda.
Mayer, Orthostatische Albuminurie und Sterilität bei Infantilismus. Med. Klinik, Nr. 46.
Mansfeld, Zur Diagnose der Malignität am Uterus. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 60, H. 3.
Schenk u. Sitzenfrey, Gleichzeitiges Karzinom des Magens, der Ovarien und des Uterus, mit besonderer Berücksichtigung ihrer operativen Behandlung und der histologischen Befunde. Ebenda.
Fuchs, Polymorphzellige Tumoren der Zervix uteri. Ebenda.
Schütze, Eine seltene Beobachtung der Kombination von Karzinom, diffusem Adenom und Tuberkulose, nebst Bildung von Psammomkörpern im Uterus einer 40jährigen Nullipara. Ebenda.
Gross, Multiple gutartige Geschwülste der Vulva. Ebenda.
Barberio, Über einen höchst seltenen Fall von Kalzifikation der Uteruswand. Ebenda.
Dreyfus, Les tumeurs malignes primitives de l'ovaire. Arch. génér. de Chir., I[e] Année, Nr. 4.
Gross, Zur operativen Behandlung der Inversio uteri puerperalis inveterata. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 46.

Geburtshilfe.

Messelhäusser, Myom als Geburtshindernis. Inaug.-Dissert., München, September 1907.
Ichenhäuser, Beitrag zur Kasuistik der beiderseitigen Tubargravidität. Ebenda.
Larru, Parto en avalancha. Hemorrhagia por inercia total. Revista de Medic. y Cirurg. práticos. Núm. 998.
Fruhinsholz, Des lésions suppuratives développées dans les membranes de l'oeuf. Ann. de Gynéc. et d'Obstétr., Octobre.

Guerdjikoff, Manoeuvres abortives au cours de la grossesse extra-utérine. Ebenda.
Gache, Trois cas d'inversion utérine puerpérale. Ebenda.
Strempel, Beitrag zur Behandlung der Eklampsie im Wochenbett nach Bumm. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 43.
Baisch, Ursache, Verhütung und Behandlung des Kindbettfiebers. Beihefte zur Med. Klinik, H. 10.
Sondern, Concerning Clinical Pathology in Pregnancy as an aid to the Clinican. Bull. of the Lying in Hospital of the City of New York, Vol. IV, Nr. 1.
Gushee, Some Observations on Craniotomy. Ebenda.
Gress, Chorea gravidarum. Inaug.-Dissert., Würzburg, August.
Pery, Remarques sur quelques cas d'avortement gémellaires. Journ. de Méd. de Bordeaux, Nr. 42.
Winston, Management of the Third Stage of Labor. Med. Record, Nr. 15.
Sakurai, Der Unterschied in der Geburtsdauer bei japanischen und europäischen Frauen. In Klein, Alte und neue Gynaekologie. Lehmann, München 1907.
Korach, Innere Krankheiten der Schwangeren und die Indikationen zur Einleitung des Aborts. Der Frauenarzt, Nr. 10.
Weymeersch, Réapparition de la sécrétion lactée cinq semaines après sevrage précoce. Bull. de la Soc. Belge de Gyn., Nr. 2.
Henrotay, Trois cas d'hébotomie (d'après Gigli). Ebenda.
Raineri, Sopra due casi di pubiotomia. Annali di Ostetr. e Ginecol., Nr. 9.
Raineri, Contributo sperimentale allo studio dell' allargamento permanente del bacino dopo pubiotomia. La Rassegna d' Ostetr. e Gin., Nr. 10.
Levi, Di un aspiratore delle mucosità nelle asfissie dei neonati. Ebenda.
Ferraro, Cisti ovariche e gravidanza. Ebenda.
Lamanna, Un caso di mola vescicolare di difficile diagnosi. Ebenda.
Elifani-Scheggi, Aborto interno con inizio di degenerazione in mola vescicolare. Ebenda.
Kaessmann, Ein Beitrag zur Adrenalinbehandlung der Osteomalakie nach Bossi. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 44.
Bircher, Ovarialsarkom während der Gravidität. Ebenda.
Mann, Zur Hernienbildung nach Hebosteotomie. Ebenda.
Halban, Zur Frage der Graviditätshypertrichose. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 45.
Karczewski, Über interstitielle Schwangerschaft. Medycyna, Nr. 24—30. (Polnisch.)
Saks, Ein Fall von vaginalem Kaiserschnitt. Medycyna, Nr. 36.
Endelmann, Hebosteotomie mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind. Ebenda.
Saks, Sechs Fälle von Sectio caesarea mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind. Gazeta lekarska, Nr. 35.
Davis, The Delivery of Debilitated Women, with Especial Reference to the Interest of the Child. The Journ. of the Amer. Med. Assoc., Nr. 16.
Dobrowolski, Ärztliche Eingriffe beim engen Becken. Przeglad lekarski, Nr. 40.
Raineri, Experimenteller Beitrag zum Studium der dauernden Beckenerweiterung nach Hebosteotomie. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 45.
Falk, Ein Fall von Eversion der Tube bei tubarem Abort. Ebenda.
Marconi, La tubercolosi considerata specialmente in rapporto alla gravidanza. Lucina, Nr. 11.
Sinclair, Caesarean Section Successfully Performed for the Fourth Time on the Same Woman. The Journ. of Obstetr. and Gyn. of the Brit. Emp., Nr. 5.
Routh, A Case of Caesarean Hysterectomy for Traumatic Atresia of the Vagina. Ebenda.
Bürger, Die Geburtsleitung bei engem Becken. Vorwort von Friedr. Schauta. Mit 6 Tabellen und 7 Kurventafeln. Wien, Jos. Šafář, 1908. Preis K 6·—.
Peham, Das enge Becken. Eine Studie über den Geburtsverlauf und die Indikationen zu operativen Eingriffen. Mit einem Vorworte von R. Chrobak. Wien und Leipzig, Alfred Hölder, 1908.
Ekstein, Österreichischer Hebammenkalender 1908, XIV. Jahrg. Wien 1908. M. Perles.
Herz, Über das Hinausdrängen des im Becken eingestellten (fixierten) Kindesteiles. Wiener med. Wochenschr., Nr. 46.
Tagesson-Möller, Heilgymnastik während der Schwangerschaft. Zeitschr. f. diät. u. physik. Ther., H. 8.
Prinzing, Die örtlichen Verschiedenheiten der Zwillingshäufigkeit und deren Ursachen. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 60, H. 3.
Blau, Zur Entstehung der subchorialen Zysten der Plazenta. Ebenda.
Albeck, Bakteriurie und Pyurie bei Schwangeren und Gebärenden. Ebenda.
Mc Donald, Puerperal Infection from the Gonococcus. The Post-Graduate, Nr. 10.
Knauer, Bericht über vier an der Grazer Frauenklinik ausgeführten Hebosteotomien. Mitt. d. Ver. d. Ärzte in Steiermark, Nr. 10 u. 11.
Bollenhagen, Schwangerschaft und Tuberkulose. Würzburger Abhandl., Bd. VIII, H. 1.

Frank, Results Obtained by the Injection of Placenta into animals of the same and of different Species. The Journ. of Experim. Med., Vol. IX, Nr. 3.
Wernitz, Über verschleppte Querlagen und die Dekapitation. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 46.

Aus Grenzgebieten.

Krönig u. Gauss, Anatomische und physiologische Beobachtungen bei dem ersten Tausend Rückenmarksanästhesien. Münchener med. Wochenschr., Nr. 40.
Kruieger u. Offergeld, Der Vorgang der Zeugung, Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett an der ausgeschalteten Gebärmutter. Arch. f. Gyn., Bd. 83, H. 2.
Daels, Experimenteller Beitrag zur Wirkung des Yohimbins auf den weiblichen Genitalapparat. Berliner klin. Wochenschr., Nr. 42.
Moscati, Das Glykogen in der menschlichen Plazenta. Hoppe-Seylers Zeitschr. f. physiol. Chemie, Bd. 53, H. 3—5.
Rikkoji, Über die Nukleinsäure in der menschlichen Plazenta. Ebenda.
Markoe, An Unusual Malformation of the Cranial Bones in a New-Born Infant. Bull. of the Lying in Hospital of the City of New York, Vol IV, Nr. 1.
Mann, Zum Kapitel: Menstruationsexantheme. Wiener med. Wochenschr., Nr. 44.
Klein, Bildliche Darstellungen der weiblichen Genitalien vom 9. Jahrhundert bis Vasal. In „Alte und Neue Gynaekologie" desselben Autors. München 1907, Lehmann.
Ballerini, Alcune ricerche sul potere emolitico degli estratti placentari. Annali di Ostetr. e Ginecol., Nr. 9.
Hilton, Appendicitis complicating the puerperium. Surg., Gyn. and Obstetr., Vol. V, Nr. 4.
Berg, On the treatment of Ectopia vesicae. Ebenda.
Remenár, Über Rückenmarksanästhesierung. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 45.
Kühner, Mutterschaftsversicherung. Der Kinderarzt, Nr. 11.
Alsberg, Hyperalgesien der Haut in ihrer Bedeutung für die Gynaekologie. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 45.

Personalien und Notizen.

(Jubiläen.) Exzellenz Geh.-Rat Prof. Dr. Bernhard Schultze in Jena feierte am 29. Dezember seinen 80. Geburtstag. — Geh. Reg.- und Ober-Med.-Rat Dr. Schuchardt in Gotha feierte am 23. Dezember das 60jährige Doktorjubiläum.

(Personalien.) **Ernannt:** Privatdozent Dr. Ludwig Seitz ist zum Oberarzt der geburtshilflichen, Privatdozent Dr. Baisch zum Oberarzt der gynaekologischen Abteilung der Münchener Frauenklinik ernannt worden.

(Reichsorganisation der Hebammen Österreichs.) Die Gründung einer solchen wurde am 8. Jänner in einer von 800 Hebammen besuchten Versammlung beschlossen. Die Organisation strebt an: Verlängerung des Hebammenlehrkurses, um der Überproduktion an Hebammen wirksam vorzubeugen. Regelung der Honorarfrage durch Aufstellung eines einheitlichen Preistarifes. Entsprechende Entlohnung jeder Armengeburt durch die Gemeinde. Beistellung von Desinfektionsmitteln durch die Gemeinde bei Armengeburten. Gemeinsames Vorgehen gegen Pfuscherinnen auf dem Lande und gegen Schädlinge des Standes überhaupt. In Hinkunft sollen Hebammen nicht zu Dienstleistungen herangezogen werden, welche sowohl mit ihren Dienstesvorschriften als auch mit dem Standesansehen im Widerspruche stehen. Nach erfolgter Konstituierung des Reichsverbandes der Hebammen Österreichs wird in der Provinz an die Gründung von Landes-, beziehungsweise Ortsgruppen geschritten werden.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: **Dr. Oskar Frankl.**

Herausgeber, Eigentümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg.**

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

GYNAEKOLOGISCHE RUNDSCHAU.

ZENTRALORGAN
FÜR
GEBURTSHILFE UND FRAUENKRANKHEITEN.

II. Jahrg. **1908.** **3. Heft.**

Original-Artikel.

Über den Vorschlag Zweifels zur Verhütung von Wochenbettserkrankungen.

Von **J. Wernitz**, Odessa.

Die von Zeit zu Zeit in Zeitschriften erscheinenden Mitteilungen und Kritiken[1]) über Zweifels Vorschlag (Entfernung von Blutgerinnseln aus dem Scheidengrunde 10—14 Stunden nach der Geburt) mit Stimmen bald pro bald kontra bewegen mich zur folgenden Mitteilung, in der die Frage mehr ätiologisch behandelt wird. Die Beobachtung, daß sich oft Blutgerinnsel finden, daß sie sich leicht zersetzen und zum Fieber Veranlassung geben, ist vollständig richtig und ebenso richtig ist die Forderung ihrer Entfernung, aber noch richtiger ist es, ihre Bildung zu verhüten, was auch möglich und leicht ausführbar ist.

Meine Erfahrungen stützen sich auf zahlreiche Beobachtungen an Wöchnerinnen, und außerdem verfüge ich über ein sehr großes Material von Fehlgeburten, wo die Verhältnisse im ganzen die gleichen sind.

Nach einer jeden Geburt blutet es mehr oder weniger stark, hauptsächlich aus größeren oder kleineren Zervixrissen oder von der Plazentarstelle aus. Solange die Blutung noch bedeutender ist, scheidet sich flüssiges Blut aus, oder es bilden sich große Blutklumpen, die von Zeit zu Zeit ausgestoßen werden. Ist aber die Blutung schon sehr gering, so bilden sich kleine Gerinnsel, die der blutenden Stelle anhaften und die Blutung zum Stehen bringen. Zuerst sind die Gerinnsel klein, sie vergrößern sich aber durch Fibrinniederschläge und können dann die ganze Gebärmutterhöhle und Zervix anfüllen und auch in die Scheide weit hineinragen. Es bilden sich auch mehrere Gerinnsel, einzelne lösen sich wieder ab, werden ausgestoßen, oder bleiben zeitweise in der Scheide liegen. Nach jeder Geburt scheiden sich in der ersten Zeit solche größere oder kleinere Blutgerinnsel aus. Durch die starke Sekretion und beständige Bespülung dieser Gerinnsel kommt es nicht zur Zersetzung. Erst in den folgenden Tagen, wenn die Sekretion abnimmt, das Sekret in der Scheide längere Zeit verbleibt, sich im Scheidengrunde staut, kommen die Zersetzungsprozesse mehr zur Geltung. Die Gerinnsel, die sich nicht abgelöst haben, werden fester, derber, schrumpfen, nehmen eine mehr bräunliche Farbe an. Durch die auftretenden Wehen werden die flüssigen Teile ausgepreßt und das Gerinnsel bekommt eine längliche Form, wobei es während der Wehen hervortritt, herausgedrängt wird und während der Wehenpause sich wieder in die Uterushöhle zurückzieht. Dieses intermittierende Hervortreten und Wiederver-

[1]) Gotthard **Schubert**, Monatsschrift für Geb. u. Gynaekol., XXVI, 3, daselbst Literaturangaben bis 1906.

schwinden des Gerinnsels ist von großer Wichtigkeit, weil beim Hervortreten die Oberfläche des Gerinnsels mit den Scheidenwänden und den Scheidensekreten in Berührung kommt und beim Zurückgehen das Scheidensekret auf die Gebärmutterwände übertragen kann. Ist das Gerinnsel so lang, daß das untere Ende fortwährend ins Scheidenlumen hineinragt, so wird eine direkte Kommunikation zwischen Gebärmutterhöhle und Scheide aufrecht erhalten.

Die Gebärmutterhöhle ist bekanntlich steril, ebenso das ergossene Blut, das Gerinnsel. Die Sterilität der Zervix ist schon fraglich, in der Scheide sind aber alle möglichen Bakterienarten vertreten, von den harmlosesten bis zu den höchst virulenten. Das Blutgerinnsel stellt einen sehr günstigen Nährboden für alle virulenten Bakterien dar, und kommt das Gerinnsel in Berührung mit den keimhaltigen Scheidensekreten, so entwickeln sich an der Oberfläche zahlreiche Kolonien, die ihrerseits beim Zurückgleiten des Gerinnsels die Infektion auf die Gebärmutterhöhle übertragen, wenn sich die Infektion am Gerinnsel nicht schon per continuitatem fortpflanzt. Die Infektion braucht aber nicht einmal von der Scheide auszugehen, sondern kann vom Darmkanal erfolgen. Es ist bekannt, wie schnell steriles oder antiseptisches Material, in eine sorgfältig gereinigte Scheide eingeführt, üblen, sogar fäkalen Geruch annimmt. Totes Material in der Nähe des untersten Teiles des Darmkanals nimmt sehr bald solchen Geruch an. Bleibt ein Gerinnsel, das totes Material ist, mehrere Tage im oberen Teil der Scheide, dazu noch bei stagnierendem Darminhalt, wie es nach der Geburt zu sein pflegt, so treten sicher Zersetzungserscheinungen auf, die durch das Gerinnsel auch auf die Uterushöhle übergehen. Selbst ohne direkte Berührung der Scheidenwand können die Darmbakterien aus dem Darm zum toten, zersetzungsfähigen Material gelangen.

Es ist also genügend Grund vorhanden, solche Blutgerinnsel im Scheidengrunde, namentlich die anhaftenden zu entfernen, da man nicht im voraus wissen kann, ob sie sich bald von selbst ablösen werden, oder länger haften bleiben. Die ganz freien Gerinnsel sind wenig schädlich: sie kommunizieren nicht mit dem Uterusinnern und werden bald fortgespült, können aber doch die Vermittlerrolle bei der Infektion spielen. Das klinische Bild, das solchen Vorgang illustriert, ist nicht selten zu beobachten. Bei einer normalen, vielleicht gar nicht untersuchten Wöchnerin mit normaler Temperatur in den ersten 3—4 Tagen fängt am 4.—5. Tage die Temperatur an zu steigen, die Lochien werden verdächtig, etwas übelriechend. Die Erscheinungen steigern sich schnell, am folgenden Tage ist recht hohes Fieber, die Lochien übelriechend, die Gebärmutter findet man schlecht kontrahiert. Wird durch Massage, Sekale oder heiße Einspritzungen eine stärkere Kontraktion bewirkt, so scheidet sich oft unter geringer Blutung ein größeres, festes, bräunlich gefärbtes, übelriechendes Stück aus, worauf dann alles wieder zur Norm kommt. Von den Laien, aber auch Hebammen und Nichtspezialisten wird es oft für ein zurückgelassenes Plazentarstück gehalten, obgleich bei der Besichtigung der spontan abgegangenen Plazenta von dieser nichts fehlte. Nötigenfalls erklärt man es als Placenta succenturiata. In allen Fällen, die mir als solche vorgewiesen wurden, fand ich immer nur ein älteres, verfärbtes, geschrumpftes Blutgerinnsel mit Zersetzungsvorgängen an der Oberfläche. Wird das Stück nicht vorgewiesen, so bleibt es bei der fälschlich angenommenen akzessorischen Plazenta, die ich nur äußerst selten gefunden habe, im Gegensatz zu der häufigen Angabe der Hebammen und Laien, wobei das Publikum Grund hat, dem Arzte das Zurücklassen von Plazentarstücken vorzuhalten. Es ist ein solches Gerinnsel, das in der Scheide infiziert, die Infektion auf die Gebärmutterhöhle übertragen hat. Oft ist die Gerinnselbildung noch mit mangelhafter Involution und Retention zersetzter Lochien kompliziert. Das sind Fälle von Selbstinfektion, die meist

in der zweiten Hälfte des Wochenbettes auftreten. Deren weiterer Verlauf ist meist ein günstiger, wenn sich auch zuweilen eine lang dauernde Erkrankung daranschließt.

Ich halte es daher für geboten, auf das Vorhandensein solcher Blutgerinnsel nach der Geburt zu untersuchen, und bei positivem Befund halte ich es für angezeigt, sie zu entfernen, nur kann ich mich nicht mit der von Zweifel vorgeschlagenen Methode befreunden, aus Gründen, die schon andere Autoren dargelegt haben.

Richtiger ist es, dem allgemeinen prophylaktischen Prinzip in der Medizin folgend, es nicht zur Bildung der Gerinnsel kommen zu lassen, ihre Bildung ganz zu verhüten, was nicht schwer zu erreichen ist.

Bei allen operativen Eingriffen wurde nach Ausspülung der Gebärmutterhöhle dieselbe leicht mit Jodoformgaze ausgefüllt, keine feste Uterustamponade nach Dührssen. Durch den Reiz der Gaze kontrahierte sich die Gebärmutter gut, die Blutung wurde besser gestillt und das ergossene Blut wurde von der Gaze aufgesogen, verklebte mit ihr und wurde nach 12—24 Stunden mit der Gaze entfernt. Das Ende der Gaze bleibt am Scheideneingange, und zur Entfernung braucht man keinen Spiegel einzuführen. Wird die Gaze zart, wie man es ja bei allen Manipulationen sein muß, entfernt, so zeigt sich gar kein Blut mehr und die Lochien sind im weiteren Verlauf auffallend gering, bei guter Uteruskontraktion. Durch dieses Einführen von Gaze wird die Ansammlung von Blut und Bildung von Gerinnseln verhütet, und die, die sich gebildet haben, werden nach Stillung der Blutung entfernt. Bei Behandlung von Aborten wird diese Tamponade des Uterus mit Gaze prinzipiell durchgeführt, und auch bei Geburten nach operativen Eingriffen, bei Erschlaffungszuständen, Nachblutungen, starker Ausdehnung der Gebärmutter usw. angewandt. Gleich nach der Geburt die Gaze einzuführen, ist sehr wenig umständlich, kann mit und ohne Spekulum ausgeführt werden und belästigt die Wöchnerin sehr wenig, ebenso die Entfernung der durch Blutgerinnsel schlüpfrig gemachten Gaze. Um bei der Entfernung der Gaze Blutungen und wieder Gerinnselbildung zu verhüten, darf die Entfernung nicht zu früh vorgenommen werden, nicht vor 12—16 Stunden. Auch kann durch Anwendung von Borsäurelösung jede Reizung bei der Entfernung der Gaze vermieden werden.

Auf diese Weise können die Gerinnsel nicht nur sicher, sondern auch viel gründlicher und dabei die Kranken weniger belästigend entfernt werden, auch bilden sich danach keine wieder, weil die Blutung gestillt ist, während nach Zweifel nur die freien Gerinnsel aus der Scheide entfernt werden, aber nicht die in der Gebärmutter vorhandenen und nachträglich hervortretenden.

Es kommt also meiner Meinung nach nicht auf die Entfernung der freien Gerinnsel in der Scheide an, sondern auf die Entfernung der Gerinnsel in der Gebärmutterhöhle und besonders auf Verhütung deren Bildung, weil sie nur die Involution aufhalten, einen Weg für die aufsteigende Infektion bilden, oft Spätwochenbettserkrankungen verursachen.

Daß die Entfernung der Gerinnsel und die Verhütung deren Neubildung das beste Mittel gegen starke Nachwehen ist, ist ja bekannt und bewährte sich in folgendem Falle. Die Frau eines weltbekannten Kollegen hier hatte bei ihren früheren 6 Geburten an sehr starken Nachwehen gelitten, die mit jeder Geburt heftiger wurden, viele Tage anhielten und bedeutend mehr angriffen und belästigten als der Gebärakt selbst. Bei den beiden letzten Geburten waren noch Fieberbewegungen zuletzt aufgetreten. Bei der 7. Geburt, die ich leitete, war die Austreibungsperiode verlängert infolge mangelhafter Wirkung der Bauchpresse. Nach spontanem Austritt der Plazenta wurde die etwas schlaffe Gebärmutter mit Jodoformgaze ausgefüllt, die dann

nach 18 Stunden entfernt wurde. Viele Blutgerinnsel der Gaze anhaftend und mit ihr verfilzt schieden sich dabei aus. Der Uterus kontrahierte sich gut und blieb fest kontrahiert. Die meist am zweiten Tage auftretenden und mit Angst erwarteten Nachwehen blieben ganz aus und die Involution erfolgte schnell und gut. Nicht nur die Blutgerinnsel, sondern auch ein großer Teil der Dezidua löst sich bei Entfernung der Gaze ab. Gebärmutterausspülungen brauchen danach nicht gemacht zu werden, denn die Gebärmutterhöhle erweist sich in den betreffenden Fällen als ganz leer. Dieses Verfahren hat praktisch mehr Wert als die anderen, denn auch mit der täglichen Auspressung der Gebärmutter wird nur ein Teil der Gerinnsel entfernt und die geringe Blutung dabei bewirkt eine neue Bildung von Gerinnseln und eine Vergrößerung der älteren, nicht abgelösten.

Akuter Vorfall und Einklemmung der hinteren Scheidenwand bei einer Erstgeschwängerten.

Von Dr. **Bernard Engländer**, Frauenarzt in Krakau.

Ich wurde am 19. November v. J. abends zu einer 20jährigen Patientin gerufen, die sich am 17. März 1906 verheiratet hat. Ich fand sie zu Bett und die anwesende erfahrene Hebamme erzählte, die Patientin hätte sich am selben Tage früh zu Bett gelegt, weil sie nicht gehen kann, es stört sie, wie sie sich ausdrückt, etwas zwischen den Beinen und verursache ihr Schmerzen. Im Bette haben die Schmerzen ganz nachgelassen. Patientin war immer gesund, menstruierte regelmäßig. Nach der Hochzeit hat sie noch zweimal ihr Unwohlsein gehabt, seit damals Amenorrhöe. 14 Tage lang hat sie ein starker Husten gequält, der jedoch schon 3 Tage ausgeblieben ist. Tags zuvor ist sie viel gegangen, was sie sehr ermüdet hat. Darm- und Blasenfunktion ohne Störung.

Bei der Untersuchung fand ich eine blasse, grazil gebaute junge Frau. Temperatur normal. Puls regelmäßig, voll, gut gespannt. Beide Brüste vergrößert, sezernieren Kolostrum. Bauch in der Mittellinie vorgewölbt. Durch die Bauchdecken ist ein glatter, seine Konsistenz wechselnder, birnförmiger, aus dem kleinen Becken aufsteigender Tumor zu fühlen, der zum Nabel reicht. Die aufgelegte Hand fühlt Kindesteile und Kindesbewegungen; auch Herztöne des Kindes sind deutlich zu vernehmen. Aus der Scheide ragt eine dunkelrote, mit Schleimhaut bedeckte blutende Geschwulst heraus. Die Schleimhaut über der Geschwulst ist in quere Falten gelegt. Die hühnereigroße, teigige Geschwulst läßt sich schwer in die Scheide zurückführen, sie hat die Gestalt eines Pilzes mit breit aufsitzender Basis, die direkt in die Schleimhaut der hinteren Scheidenwand übergeht (Columna rugarum posterior). Sie fängt an dicht hinter dem Hymen, welches in der Mittellinie einen tiefen bis zum Ansatz desselben reichenden Einriß hat. Weder mit dem Mastdarm noch mit der Vaginalportion der Gebärmutter steht sie in Verbindung; hinter der Geschwulst ist die Scheide normal, über ihr ist der schmale Scheideneingang, durch welchen es kaum gelingt, den Finger hindurchzuzwängen. Die Geschwulst wurde mit Mühe reponiert und mittelst einiger (4) in Sublimatlösung ($1^0/_{00}$) getauchter Wattebäuschchen in der Scheide zurückgehalten. Die Tamponade war nur ohne Mutterspiegel möglich, weil die Geschwulst ihres niedrigen Sitzes wegen die Einführung desselben nicht zuließ. Die Patientin bleibt zu Bett.

20. November. Abendtemperatur 36·6° C. Puls 84, regelmäßig. Beim Urinieren keine Schmerzen. Kopfschmerzen, Erbrechen. Bei Lageveränderung ist die Geschwulst herausgefallen, sie ist noch immer dunkelrot, etwas kleiner, macht keine Beschwerden. Erneute Reposition. Gegen Kopfschmerz Pyramidon 0·25 + Koffein 0·05.

21. November. Kopfschmerz gewichen. Schlaf und Allgemeinbefinden gut. Temperatur abends 36·4° C, Puls 84, regelmäßig, voll, gut gespannt. Darm- und Blasenentleerung ohne Störung. Nach Entfernung der Tampons kein Herausschlüpfen der Geschwulst. In der Scheide kann der eingeführte Finger eine dunkelrote, schmerzlose, um zwei Drittel kleinere Geschwulst palpieren. Scheidenirrigation (1%iges Karbolwasser) und 4 kleine Tampons).

22. November. Allgemeinbefinden gut. 2 Tampons sind herausgefallen. Die Patientin klagt über blutigserösen Ausfluß aus der Scheide, aus der die Geschwulst nicht zum Vorschein kam. Mittelst vaginaler Untersuchung kann man feststellen, daß die schon bedeutend verkleinerte, teigige Geschwulst direkt in die Columna rugarum posterior übergeht; der untersuchende Finger ist mit einer blutigschmutzigen, geruchlosen Flüssigkeit bedeckt. Blasen- und Darmtätigkeit regelmäßig, Scheidenirrigation mit schwacher Karbollösung, keine Tamponade. Zweimal täglich Scheidenausspülung mit 1% Karbollösung.

25. November. Befinden gut. Scheidenausfluß hat sich verloren, worauf Aussetzen der Scheidenspülungen.

27. November. Patientin geht im Zimmer herum, blutet nicht, klagt über Jucken in den äußeren Geschlechtsteilen und Stechen beim Urinieren. Anschwellung der rechten kleinen Schamlippe, Fluor albus geringen Grades. In der Scheide keine Spur von Tumor, an seiner Stelle normale Schleimhaut der hinteren Wand (Columna rugarum posterior). Ordination: Ruhe, kalte Umschläge, Waschungen mit lauem Borwasser und 3mal täglich je 2 Helmitoltabletten, worauf Besserung.

15. Dezember. Patientin wohl, geht herum; aus der Scheide fällt nichts heraus.

14. Jänner 1907. Patientin gesund, geht herum, klagt über keine Beschwerden.

Anfang Februar 1907 spontane Entbindung ad terminum einer ausgetragenen Frucht ohne Störung. Kein Vorfall der Scheide.

Um ganz präzise die Diagnose dieses Falles stellen zu können, wäre noch zu ermitteln, ob wir es hier nicht mit einem anderen Leiden zu tun haben, z. B. mit einem Varix der Scheide, einem soliden Scheidentumor, einem zwischen Scheide und Mastdarm gelegenen Bindegewebstumor, einer Geschwulst, die aus der Wand des Rektum selbst herauswächst, einer Rektokele, einem Gebärmuttertumor (Zervixpolypen), oder zuletzt gar mit inkarzeriertem Bruch, der statt in der Gegend des Mittelfleisches durch die Scheide zum Vorschein kam.

Da bei unserer Patientin Varizen an den unteren Extremitäten und Labien ganz fehlen, ist es schwer, einen solitären Varixknoten der Scheide anzunehmen, wogegen auch der Krankheitsverlauf deutlich spricht. Ebenso können wir auf Grund unserer genauen Beobachtung und Untersuchung sämtliche soliden Tumoren der Scheide, des zwischen dieser und Rektum gelegenen Bindegewebes, sowie des Rektum selbst und des Zervix sicher ausschließen, was wir schon zu allem Anfang mittelst digitaler Austastung der Scheide und des Mastdarms tun konnten. Wir haben uns auf diese Weise nicht nur überzeugen können, daß das Lumen des Rektum normal gestaltet sowie dessen Wand von normaler Beschaffenheit ist, die Scheide und die Zervix keine pathologischen Merkmale zeigen, aber wir waren dadurch imstande, auch die Rektokele auszuschließen, die sich bis in den aus der Scheide ragenden Tumor fortsetzen würde. Es bliebe also noch ein eingeklemmter Bruch. Dieser kommt aber in unserem Falle am wenigsten in Rechnung einerseits wegen atypischer Lokalisation, anderseits wegen guten Befindens der Patientin während der ganzen Krankheitsdauer (Fehlen jeglicher Darmstörung und Peritonealreizung).

Wir gelangen also mit Zuhilfenahme der Differentialdiagnose und des Krankheitsverlaufes zur richtigen Diagnose des obigen Falles. Mit voller Sicherheit und Exaktheit können wir diagnostizieren: Akuter Vorfall mit folgender Einklemmung der hinteren Scheidenwand bei einer Erstgeschwängerten.

Zuletzt wäre noch die Ätiologie dieses Leidens bei unserer Patientin zu besprechen. Wie es einerseits schwer wäre, als ursächliches Moment den langdauernden Husten, der aber 3 Tage zuvor schon ausblieb, anzusprechen, so ist es anderseits ausgeschlossen, daß dieses Leiden mit einer ererbten oder in der Schwangerschaft erworbenen Erschlaffung der Scheidenwand in Zusammenhang gebracht werden könnte. Wäre dem so, so könnte man mit Recht fragen, warum die Scheide früher — außerhalb der Schwangerschaft — nicht herausgefallen ist, oder warum später, wo die Patientin das Bett verlassen hat, sich der Vorfall nicht mehr erneuert hat. Es sind ja jetzt schon einige Monate verflossen, seitdem die Patientin wieder herumgeht, somit ist die Schwangerschaft älter, die Erschlaffung, Aufquellung und Erweiterung der Scheide größer geworden, unterdes ist die Entbindung eingetreten, unter der trotz starker Wehen und Druckes durch den vorliegenden Kopf des Kindes kein Vorfall zustande kam. Wäre ferner die Erschlaffung der Scheide in der Schwangerschaft an dem Zustandekommen obigen Leidens schuld, so würden wir gewiß öfters solche Fälle auch bei Erstgeschwängerten zu verzeichnen haben. Auch in der Familie der Patientin war ein solcher Fall noch nicht vorgekommen. Oder sollen wir dieses Leiden von dem vielen Gehen abhängig machen? Es ist nicht leicht, hierauf eine befriedigende Antwort zu geben.

Wie nun die Ätiologie dieses Leidens nicht sicher eruierbar ist, so ist es auch gewiß kein alltägliches. Wie ich feststellen konnte, ist in der betreffenden Literatur kein ähnlicher Fall zu finden, selbst Braun v. Fernwald führt in v. Winckels Handbuch, Bd. II, Teil I, 1904 keinen solchen Fall an. Er stünde also in seiner Art einzig da.

Aus der Frauenklinik und Hebammenschule der Universität Perugia.

Hydrorrhoea cervicalis aus den Malpighi-Gartnerschen Kanälchen nach abdominalem Kaiserschnitt mit subtotaler Uterusexstirpation.

Von **P. Sfameni,** Professor und Direktor der Universitäts-Frauenklinik in Perugia.

(Fortsetzung und Schluß.)

Aus den Versuchen von Bardier und Frenkel (26) an Hunden erhellt, daß die beiden Nieren innerhalb derselben Zeit dieselbe Quantität Urin absondern. Die Untersuchungen von Kasper und Richter (27) und jene von Strauß (28) am Menschen bestätigen die von Bardier und Frenkel erhaltenen Resultate und zeigen überdies, daß die Zusammensetzung des in der gleichen Zeit von den beiden Nieren abgesonderten Urins identisch ist. Von dem vorausgegangenen etwas abweichende Resultate erhielt Albarran (29). Dieser Autor beobachtete hinsichtlich der gleichzeitig von den beiden Nieren abgegebenen Quantität Urins beim Menschen folgendes: In 30 Fällen 2mal beiderseitig die gleiche Quantität, 10mal eine Verschiedenheit, welche 10% nicht überstieg, 10mal einen Unterschied von 10—20%, 8mal eine Differenz von 20—40%. Diese Ziffern beziehen sich auf Urin, welcher während $^1/_4$ oder $^1/_2$ Stunde gesammelt wurde. Wurde der Urin längere Zeit hindurch gesammelt, so sah man fast beständig die Differenzen sich vermindern. Am häufigsten zeigt sich in der zweiten Hälfte des

Versuches, daß diejenige Niere, welche zuvor weniger Urin abgegeben hatte, jetzt mehr lieferte, jedenfalls aber bleibt sie hinter der anderen zurück. Manchmal werden die zwei Quantitäten gleich, und es ist nicht selten, daß durch wirkliche Inversion die Niere, welche zuvor weniger Urin absonderte, in der Folge mehr gibt (5 Fälle). Wenn der ganze Urin jener Niere während $^{3}/_{4}$ Stunden zusammengenommen wird, kann der Unterschied bis zu 15% geben; in einer Stunde zu 10%. Die in meinem Falle während eines Zeitraumes von 4 Stunden angetroffene Flüssigkeit betrug 590 *cm*³ von Seite der Fistel und 180 *cm*³ aus der Blase. Das Verhältnis ist 326 *cm*³ auf einer Seite zu 100 auf der anderen. Wenn das größere Flüssigkeitsquantum aus der Blase genommen worden wäre, könnte man die Sache durch die Annahme erklären, ein Teil des Urins könne, da es sich um eine laterale partiale Fistel handelt, in die Blase geflossen sein und habe sich mit der Absonderung der entgegengesetzten Niere vereinigt: allein es hat sich stets das Gegenteil herausgestellt, da die größere Quantität aus der Fistel floß. Die von Albarran 5mal beobachte Inversion, nach welcher die Niere, welche anfangs „weniger Urin absonderte, in der Folge mehr gab“, konnte niemals bestätigt werden. Betreffs des Harnstoffes machte Albarran folgende Beobachtungen: Beim Menschen auf 40 Untersuchungen (von 15—30 Minuten)

2mal	. . . .	Identität	
18mal	. . . . Differenz von	0·10 zu	0·50 *g*
9mal	. . . . „ „	0·50 „	1·00 *g*
4mal	. . . . „ „	1·00 „	2·00 *g*
4mal	. . . . „ „	2·00 „	4·00 *g*
3mal	. . . . „ „	4·00 „	6·45 *g*

Sowohl beim Hunde als auch beim Menschen verringert sich die Differenz des Prozentsatzes des Harnstoffes mit der Verlängerung des Versuches. Dies ist die Regel, wenn der Unterschied zwischen den beiden Urinen 1 *g* Harnstoff per Liter überschreitet. Übrigens gibt eine Niere bald mehr, bald weniger Harnstoff als die andere, ohne regelmäßige Abwechslung. Der höchste von Albarran beobachtete Unterschied war mithin 6·45 *g* bei Versuchen, die 15—30 Minuten dauerten. In meinem Falle dagegen zeigte sich bei einer Versuchsdauer von 4 Stunden ein Unterschied von 13·0626 *g*. Monod (9) traf noch bedeutendere Unterschiede. Während nämlich in der Fistelflüssigkeit der Harnstoff von 1·92—8·92 wechselte, fand er sich im Urin in einer Quantität von 18—20 *g* vor, wodurch der Unterschied zwischen 11·58—16·08 schwankte. Selbst die Resultate von Albarran, die übrigens, wie ausdrücklich hervorgehoben werden soll, mit denen aller anderen Beobachter im Widerspruch stehen, liefern aber keine Erklärung für die deutlich ausgeprägten Unterschiede, wie sie sowohl in meinem Fall als bei Monod und anderen konstatiert wurden. Albarran begegnete noch anderen Differenzen betreffs der Quantität, des Chlornatriums, der Phosphorsäure sowie hinsichtlich des Δ. Hierüber vermag ich nichts zu sagen, da in meinem Falle diesbezügliche Untersuchungen nicht gemacht wurden. Dagegen spricht Albarran nicht von den Unterschieden betreffs der Quantität der Harnsäure, der Reaktion, der Dichtigkeit, während diese Unterschiede in meinem Falle sehr auffallend und sehr bezeichnend waren. Wenn auch die Bestimmung des Harnstoffes und der Harnsäure nur ein einziges Mal gemacht wurde, so ist dagegen öfters die vergleichende Untersuchung bezüglich der Quantität der beiden Flüssigkeiten, ihrer Dichtigkeit, ihrer Reaktion und der Salolprobe ausgeführt worden, wobei sich die oben erwähnten Differenzen beständig jedesmal vorfanden. Schließlich ist der Unterschied im Befunde des Bodensatzes bemerkenswert: keine Spur weder von Zylindern noch von anderen Nieren-

elementen in der Flüssigkeit aus der Scheide, hyaline Zylinder in jener der Blase. Aus all diesem schließe ich, daß die Scheidensekretion nicht ein Produkt einer Niere meiner Patientin und folglich die Fistel nicht ureteral war. Es läßt sich dagegen einwenden, daß, wenn physiologisch nicht solche große Unterschiede in der Sekretion der beiden Nieren bestehen, dieselben dennoch in pathologischem Zustand auftreten können. Welche Nierenalterationen können aber bei dem in Frage stehenden Falle angenommen werden, wenn keine Anzeichen bestehen, um solche vermuten zu lassen? In beiden Flüssigkeiten erscheint nicht die geringste Spur anomaler Elemente, weder Albumin, Blut, Zucker, Eiter, noch Nierenelemente. Da Gründe für die tiefgehenden Differenzen zwischen den beiden Flüssigkeiten weder physiologisch noch pathologisch gefunden werden können, so scheint es mir logisch anzunehmen, daß die Flüssigkeit der Fistel nicht das Produkt der Nierenfunktion und die Fistel selbst keine Ureterfistel ist. Dennoch will ich für einen Augenblick annehmen, daß es sich wirklich um eine Ureterfistel handelt. Man muß aber bedenken, daß in den einschlägigen Beobachtungen der verschiedenen Autoren [1 von Baudron (8), 2 von Monod (9), 1 von Pozzi (10) und 2 eigene (11)], bei denen überall die Flüssigkeit aus der Fistel stark von dem aus der Blase entnommenen Urin verschieden war, so daß die Beobachter die urinöse Natur der Fistel ausschalteten, die Heilung jedesmal spontan erfolgte. Wer dennoch bei der Auffassung verharren wollte, daß hier eine Ureterfistel vorliege, der müßte notwendigerweise folgendes schließen: Wenn bei einer Ureterfistel durch eine unbekannte Ursache die aus der entsprechenden Niere abgesonderte Flüssigkeit besondere Differenzen gegenüber der Absonderung der anderen Niere annimmt, so kommt jedesmal wieder durch eine unbekannte Ursache die spontane Heilung zustande. Wer logisch vorzugehen gewohnt ist, wird sich schwerlich zu einer solchen Schlußweise bequemen können.

Ein anderes wertvolles Argument gegen die erwähnte Auffassung finde ich in der Tatsache, daß bei allen gynäkologischen Operationen, welche ich im Verlaufe von 11 Jahren ausführen sah und selbst ausführte, niemals während der Operation eine Ureterverletzung vorkam. Volle 4mal dagegen zeigte sich im postoperativen Verlaufe ganz unerwartet aus den Geschlechtsteilen Flüssigkeitsverlust, welcher im ersten Augenblicke eine Ureterfistel vermuten ließ, und bei allen diesen 4 Fällen trat nach nicht sehr langer Zeit spontane Heilung ein. Dasselbe begegnete Frederick (12), welcher schreibt: „Ich glaube wohl, daß die Mehrzahl der Chirurgen die Wahrscheinlichkeit, auch die Möglichkeit eines solches Resultates verneinen wird, und dennoch ist dies meine Erfahrung in den einzigen 2 Fällen, bei deren ich das Mißgeschick hatte, die Ureter zu verletzen.“ Waren die Fisteln in Fredericks und in meinem Falle wirklich Ureterfisteln, so muß man gestehen, daß die Prognose dieser Fisteln die denkbar günstigste ist und deren Heilung spontan vor sich geht. Wo bleibt dann die erklärte Gefährlichkeit der Ureterfisteln und deren bekannter Mangel an Neigung zur Spontanheilung? Ein Mittel bestand freilich, viel Licht in die Frage zu bringen, nämlich die Zystoskopie, gegen welche sich die Patientin entschieden weigerte. Da die aus der Portio sickernde Flüssigkeit nicht aus der Niere kam, muß ein anderer Ursprung derselben gesucht werden. Niemand wird die Hypothese aufstellen wollen, daß dieselbe aus den Drüsen der Zervixschleimhaut abgeflossen sein könne, weil diese Drüsen kein ähnliches Sekret abzusondern vermögen. Auch findet diese Mutmaßung nach meinem Wissen in der Literatur keine Bestätigung. Eine Peritoneumzervixfistel ist auch nicht anzunehmen, weil es unverständlich bliebe, warum das während der Operation vollständig genähte Peri-

toneum des Beckens sich in den 18 Tagen nicht geschlossen haben sollte. Es weist die Literatur auch über diese Art Fisteln keinerlei Berichte auf. Monod (9), welcher bei seinen 2 Fällen die peritoneale Natur der Fistel annahm, fand bei Eröffnung des Bauches keinerlei Flüssigkeit in der Bauchhöhle, und die Serosa zeigte sich nicht verändert. Nach Ausschluß vorstehender Hypothese bleibt mir nur die Annahme einer Fistel der Malpighi-Gartnerschen Gänge. Zugunsten derselben läßt sich folgendes anführen: In der Fachliteratur finden sich Berichte und Erläuterungen einiger Fälle spontaner angeborener Fisteln des Malpighi-Gartnerschen Ganges, deren Sekretion eine ausgesprochene Ähnlichkeit hatte mit der von mir und anderen beobachteten Fistelflüssigkeit nach operativen Eingriffen, und welche spontan heilten. Die von Lawson-Tait, von Milton und von Skene behandelten Fälle, die ich schon in meiner früheren Arbeit (1) besprochen habe, sind in dieser Hinsicht sehr bedeutsam. Man beachte ferner die Gleichartigkeit der Flüssigkeit dieser Fisteln mit jener Flüssigkeit, welche in den aus den Resten des Wolffschen Ganges und des Wolffschen Körpers entstandenen Zysten der Ligam. lata enthalten ist. Polidor (13) sagt in vortrefflicher Weise, daß man die Fisteln der Malpighi-Gartnerschen Gänge als nach außen offene Zysten betrachten könne. Welche Wolffschen Überreste nehmen indes an der Sekretion der Flüssigkeit teil? Der Malpighi-Gartnersche Gang stellt seinem Wesen nach die Verlängerung des Epoophoronkanales nach unten dar. Rieffel (14) beschreibt den erwähnten Gang: „Nachdem dieser Ausläufer die Kanälchen des Paroophorons aufgenommen hat, richtet er sich an der vorderseitlichen Scheidenwand abwärts, die äußere Uteruswand streifend." Derselbe muß mithin als Ausscheidungskanal des Epoophorons und des Paraoophorons angesehen werden. Der Malpighi-Gartnersche Kanal findet sich nach Ferroni (15) auch im schon entwickelten Fötus viel häufiger, als bisher angenommen wurde. Das Fortbestehen desselben im erwachsenen Menschen ist ebenfalls heutigen Tages eine bewiesene Tatsache, obwohl man, wie Mangiagalli sagt, noch nicht weiß, „aus welchem Grunde er in einzelnen Fällen nicht nur nicht verschwindet, sondern sich gleichfalls fortentwickelt wie die Gewebe, in denen er sich befindet; manchmal verhält er sich wie eine Drüse in Hyperplasie." Der Gedanke, die Flüssigkeit in den Fisteln der Malpighi-Gartnerschen Gänge stamme von den Drüsenbildungen der letzteren, ist daher vollkommen zulässig. Bei der großen Flüssigkeitsmenge jedoch scheint die Hypothese nahe zu liegen, daß auch das Epoophoron und das Paroophoron sich an der Absonderung beteiligen. Daß das Epoophoron häufig bei Erwachsenen angetroffen wird, bedarf keiner Beweisführung mehr. Nach Tourneux (17) folgt es der allgemeinen Entwicklung des Individuums und beginnt erst nach der Menopause zu schrumpfen. Strittiger dagegen ist die Frage betreffs der Fortdauer des Paroophorons. Nach Valenti (18) findet sich dieses Organ auch im erwachsenen Weibe, und dieser Befund ist durch die Untersuchungen Ballantynes (19) bestätigt worden. Riecker (20) konnte das Paroophoron bei zwei alten Frauen beobachten. Da nun das Paroophoron den renalen oder den urinösen Teil des Wolffschen Körpers darstellt, so begreift man leicht, daß durch seine Tätigkeit ein Ausfluß entsteht, welcher eine gewisse Verwandtschaft mit dem Urin aufweist; in der Tat kann derselbe wie dieser, obwohl in bedeutend spärlicherem Maße, auch Harnsäure enthalten, wie es in dem hier dargestellten Falle beobachtet wurde. Die Möglichkeit, bei einer gynäkologischen Operation den Malpighi-Gartnerschen Gang zu verletzen, so daß er sich offen an der Operationswunde befindet, ist bei den anatomischen Beziehungen dieses Kanales leicht zu begreifen. Für meinen Fall scheint mir die Auffassung indes nicht annehmbar, daß jener Kanal innerhalb der Operations-

wunde geöffnet geblieben wäre, weil die Absonderung erst 18 Tage post operat. begann. Zu diesem Zeitpunkte mußte schon Gewebevernarbung eingetreten sein; die Flüssigkeit hätte keinen Ausweg mehr bis zum Zervixkanal finden können und wäre entweder als zystische Ansammlung im Innern des Kanales geblieben oder in die umliegenden Gewebe eingedrungen.

Die Erscheinung des Eindringens der Flüssigkeit in die Höhlung des Uterushalses erklärt sich leicht, wenn man bedenkt, daß nicht selten der Malpighi-Gartnersche Gang, anstatt mit seinem unteren Teile in einer Sackgasse zu enden, bald mit der Zervixhöhle, bald mit der Portio oder mit der Scheidenwand oder mit der Harnröhre usw. eine freie Verbindung aufweist. Typische diesbezügliche Beispiele finden sich in der Dissertation von Polidor (13). Aus welchem Grunde platzt dann dieses Organ, welches stets ungeachtet seiner angeborenen Verbindung nach außen ruhig blieb, plötzlich im postoperativen Verlaufe eines gynaekologischen Eingriffes und gibt eine solche Menge Flüssigkeit ab? Der Beantwortung dieser Frage müssen einige Tatsachen vorausgeschickt werden. Follin (21) sagt, daß der Wolffsche Körper im Erwachsenen denselben Einflüssen wie die anderen Uterusadnexe unterworfen ist. In der Tat fand er denselben nach der Geburt rot, aufgetrieben, mit zahlreich zwischen den Kanälchen und an deren Wänden verzweigten Blutgefäßen. Die Ätiologie der Wolffschen Zysten ist noch dunkel, dennoch wird im allgemeinen angenommen, und Neuvialle (22) lieferte jüngst den Beweis, daß zwei Faktoren dabei eine große Wirkung ausüben, nämlich die Entzündung der Uterusadnexe und die Schwangerschaft. Wenn nun der puerperale Zustand oder die Entzündung der Adnexe entweder durch die in den Beckenorganen bewirkte Hyperämie oder aus anderen uns noch unbekannten Ursachen die Sekretionsfunktion der Wolffschen Reste anregen kann, so darf meines Erachtens angenommen werden, daß auch der Heilungsprozeß einer Wunde der breiten Mutterbänder und der Beckenorgane im allgemeinen einen ähnlichen Reiz auszuüben vermag. Der Beweis dafür ist die Tatsache, daß gewöhnlich nach kurzer Zeit, sobald der Heilungsprozeß der Wunde beendet und der Sekretionsreiz infolgedessen entfernt ist, der Ausfluß von selbst aufhört. Es wurde auch, um die Ursache der großen Flüssigkeitsquantität aus der Fistel eines einzigen Malpighi-Gartnerschen Kanals zu erklären, die Meinung ausgesprochen, dieser sei mit seinem oberen Ende in direkter Verbindung mit der Peritonealhöhle. In der vorhergegangenen Arbeit glaubte ich diesen Hypothesen keinen Wert zubilligen zu sollen, weil nach Behauptung Polidors (13) ein solcher Zusammenhang noch niemals anatomisch bewiesen worden ist. Heute muß ich bekennen, daß Polidors Aufstellung ungenau war und ich Unrecht hatte, dieselbe ohne weiteres anzunehmen. Aus der Beschreibung Rieffels (14) geht dagegen hervor, daß: „der Sammelkanal des Nebeneierstockes beiderseitig mit blindem Ausgang endigt. In Ausnahmefällen verlängert sich sein oberes oder äußeres Ende (Roth) zu einem kleinen Gang, dem Parovariumtubenkanal, dessen die wenigsten Autoren erwähnen. Man sieht denselben nach Kolmann, nachdem das vordere Blatt des breiten Mutterbandes weggenommen ist, rechtwinkelig vom Rosenmüllerschen Körper abgehen und in das Ende der Tube oder der Fimbria ovarica ausmünden, wodurch eine direkte Verbindung dieses Körpers mit der Peritonealhöhle hergestellt wird. In jüngster Zeit hat D'Evant (23) einen gestielten Appendix der Mesosalpinx beschrieben, welcher die Wolffschen Reste direkt mit der Peritonealhöhle verband, so daß „eine in die Wolffschen Gänge eingespritzte Flüssigkeit auf diesem Wege in die Peritonealhöhle gelangen konnte", wie der Autor mir brieflich mitzuteilen die Liebenswürdigkeit hatte. Ich wollte diese Bemerkungen an-

führen, nicht um daraus den Schluß zu ziehen, daß der reichliche Ausfluß aus der Fistel eine Teilnahme der peritonealen Serosa bedeute, da dieser Gedanke mir immer sehr unwahrscheinlich vorkommt, auch nicht etwa weil die anatomische Beobachtung ihn verbietet, sondern weil Monod (9) in seinen zwei Fällen, bei denen reichlich Flüssigkeit abgesondert wurde, weder Spuren von Flüssigkeit in der Peritonealhöhle, noch pathologische Veränderungen der Serosa vorfand, als er das Peritoneum eröffnete. Die Anteilnahme des letzteren erscheint daher überflüssig, da in diesen beiden Fällen die absondernde Kraft der Wolffschen Überreste hinreichte, um außerordentliche Flüssigkeitsquantität zu erzeugen. Die pflichtmäßige Richtigstellung der Tatsache an sich gibt mir Anlaß zu einer Betrachtung, die von ganz anderem Charakter und in ihren Wirkungen der vor kurzem angestellten entgegengesetzt ist. Ich fasse nämlich die Möglichkeit ins Auge, daß die im Wolffschen Körper gebildete Flüssigkeit in die Peritonealhöhle gelangt. Die anatomische Beobachtung steht dieser Annahme nicht entgegen, während sie vom klinischen Standpunkte aus verwertet werden kann, um für gewisse dunkle und auf andere Weise unerklärliche Tatsachen eine nicht ganz unbegründete Auslegung zu geben. Einige sehr seltene Fälle von Parovarialzysten sind von frei in der Peritonealhöhle bestehender Flüssigkeitsansammlung begleitet. Quenu (24) sprach mit Bezug auf einen solchen zu seiner Beobachtung gelangten Fall die Ansicht aus, daß das Vorhandensein von Aszites immer mit großer Beweglichkeit der Zyste verbunden sei.

Mit Recht kann man aber fragen, ob nicht durch Zufall die Beziehung zwischen den beiden Erscheinungen gerade die entgegengesetzte ist, d. h. ob nicht die Beweglichkeit der Zyste viel mehr Folge als Ursache des Aszites sei. Jedenfalls sind die Parovarialzysten oftmals beweglich, gestielt, und nichtsdestoweniger befindet sich nicht die geringste Spur einer Flüssigkeit in der Peritonealhöhle. Es erscheint daher logisch anzunehmen, daß solchen Ausnahmserscheinungen eine ebenso ausnahmsweise Ursache entsprechen könne, nämlich die Verbindung des Wolffschen Körpers mit der Peritonealhöhle, wie sie durch die anatomischen Forschungen erkannt wurde. Der Hergang ist folgender: Nicht immer stehen alle die Wolffschen Reste bildenden Kanälchen mit dem Sammelkanale in Verbindung; manchmal bleiben einige Gruppen isoliert und bilden ein hermetisch abgeschlossenes Gebiet für sich. Aus diesem anatomischen Tatbestande geht klar hervor, daß beim Hinzutreten einer Ursache, welche zur Weckung einer Absonderungsfunktion in den Wolffschen Überresten hinreicht, sich in diesen isolierten, mit dem Sammelkanale nicht in Verbindung stehenden Kanälchengruppen eine eingeschlossene Flüssigkeit ansammelt — die Parovarialzyste —, während die übrigen ihr Sekretionsprodukt durch den Parovariumtubenkanal in die Peritonealhöhle ergießen: daher der Aszites. Unter den vielen mit solch seltenem und beneidenswertem Geschick von Mangiagalli (25) operierten und zur Heilung gebrachten Fällen von Scheidenblasenfisteln findet sich einer von außerordentlichem Interesse. Mangiagalli beschreibt denselben folgendermaßen: „Der Fall ist wirklich sonderbar, nicht so sehr wegen der die Fistel begleitenden Komplikation als wegen des außergewöhnlich günstigen und gleichzeitig geheimnisvollen Einflusses, welchen der Schluß der Fistel auf die Komplikation selbst ausübte. Die 39jährige Patientin hatte am 6. August 1891 spontane, schwere Geburt und einige Tage darauf bemerkte sie fortwährenden Urinabgang. Die Menstruation trat nicht ein und der Bauch nahm durch die Ansammlung peritonealer Flüssigkeit immer mehr an Umfang zu. Die Parazentese entleerte 22 Liter Flüssigkeit mit den charakteristischen Merkmalen des Aszites. Dieselbe erneuerte sich allmählich wieder und die Kranke wurde am

12. Mai 1892 ins Krankenhaus aufgenommen. Der Urinverlust dauerte fort, obwohl sich ein wenig in der Blase ansammelte: die Untersuchung ergab mit Ausnahme der niedrigen Dichtigkeit nichts Besonderes. Untersuchung des Herzens, der Leber, der Milz negativ. Kein Fieber. Die Untersuchung des Blutes bewies nur einen gewissen Grad von Oligämie. Die Untersuchung der Lungen und der Adnexe gab keine Anhaltspunkte für eine eventuelle tuberkulose Form. Der Bauch war schwankend, aufgetrieben und es konnte eine peritoneale Ansammlung mit allen Merkmalen der freien Ansammlungen festgestellt werden. Die stumpfe obere Linie gebogen, mit der Konkavität nach oben, deren niedrigster Punkt sich 4 *cm* oberhalb des Nabels befindet. Angesichts solcher Komplikation war ich zuerst unschlüssig, ob ich die Flüssigkeit durch Punktion oder Laparotomie entleeren oder vor allem die Fistel operieren sollte. Ich entschloß mich zu letzterem. Die Genesung trat nach dem ersten Versuche ein, und zu meinem Erstaunen verringerte sich allmählich die Flüssigkeit und verschwand ziemlich schnell gänzlich. Die äußere und die kombinierte Untersuchung hatte vollkommen negatives Resultat und die Menstruation trat wieder ein. Die Erklärung dieser Tatsache ist nicht leicht, aber der Zusammenhang zwischen dem Schlusse der Fistel und dem Verschwinden der Flüssigkeit, welche sich selbst nach der Parazentese wieder einstellte, erschien mir so klar, so überzeugend, daß ich nicht zögerte, mich bestimmt in diesem Sinne auszusprechen, obwohl die Natur des fraglichen Zusammenhanges dunkel ist.“

Auch für diesen Fall scheint mir als Kausalmoment des Aszites eine Sekretion des Wolffschen Körpers als Folge des von der Scheidenblasenfistel verursachten Reizes angenommen werden zu können. Natürlich muß in diesem Falle außer diesem Reize auch das Vorhandensein des Parovariumtubenganges angenommen werden, wodurch die in den Wolffschen Kanälchen gebildete Flüssigkeit frei in die Peritoneumshöhle fließen kann. Das Vorhandensein des Parovariumtubenganges bildet jedenfalls einen nur ausnahmsweise zu beobachtenden Fall, aber es scheint mir, daß dieser Einwurf nicht gegen meine Auslegung, sondern eher dafür spricht. Dessenungeachtet liegt mir nichts ferner als behaupten zu wollen, die von mir gegebene Erklärung dieser ungewöhnlichen Erscheinungen sei die einzig richtige und unabänderliche. Wenn man aber hinsichtlich des Ursprunges einer Naturerscheinung vor die Alternative gestellt ist, entweder ganz im Dunkeln zu bleiben, oder durch ein schwaches Fünkchen ein wenig Licht zu empfangen, so erscheint es mir vernunftgemäßer, nicht auf dieses Fünkchen zu verzichten. Ich will also nicht sagen, daß ich durch Obiges die Erklärung jener Tatsachen gegeben habe, sondern nur, daß es eine Erklärung sein kann. Aus dem Gesagten glaube ich folgende Schlußfolgerung ziehen zu dürfen:

Bei meinen in dieser und der vorhergehenden Arbeit mitgeteilten Beobachtungen kann es sich nur um eine Sekretion aus den Resten des Wolffschen Körpers gehandelt haben. Die Flüssigkeit ergießt sich nach außen durch den Absonderungsgang dieser embryonalen Reste, welcher entweder durch Angeborensein oder durch operativen Eingriff mit dem Geschlechtskanale in Verbindung tritt. Sollte jemandem diese Folgerung nicht gerechtfertigt erscheinen und statt dessen die Annahme wahrscheinlicher, daß es sich um eine Ureterfistel gehandelt habe, dann muß geschlossen werden, daß *a)* im Gegensatze zu den Behauptungen aller gynaekologischen Handbücher die partialen, lateralen Ureterfisteln nicht sehr selten sind; *b)* dieselben im Gegensatze zu der bis heute bei den Gynaekologen gültigen Ansicht stets oder fast immer spontan heilen: *c)* die Sekretion der jener Fistel entsprechenden Niere im Vergleiche zur Sekretion

der anderen Seite bedeutende Verschiedenheiten aufweist, welche einerseits unerklärlich erscheinen, anderseits spontane Heilung vorherzusagen erlauben.

Entweder Fisteln der Überreste des Wolffschen Körpers und seines Sekretionskanals oder Ureterfisteln. Es ist meines Erachtens schwer, diesem Dilemma zu entgehen. In dem einen wie dem anderen Falle bieten die mitgeteilten Beobachtungen ein besonderes klinisches Interesse, welches mir von ungewöhnlicher Wichtigkeit scheint.

Bibliographie.

1. Sfameni P.: Fistole ureterali consecutive ad interventi ginecologici e guarite spontaneamente o fistole dei canali di Malpighi-Gartner? Archivio di Ostetr. e Ginecol., Anno XII, Nr. 8—10, 1905.
2. Calderini G.: Innesto dell' uretere in vescica per via transperitoneale, a cura di fistola uretero-uterina, conseguente a parto distocico, per mezzo del bottone Boari. Bollettino delle Scienze med., Ser. VII, Vol. IX, Luglio 1898.
3. Mangiagalli L.: Trattato di Ginecologia. Casa Ed. Dr. Francesco Vallardi, Milano. pag. 384 (ohne Datum).
4. Wladimiroff: Über die Rückwirkung der artifiziellen Hydronephrose auf das Herz. Inaug.-Dissert., Dorpat 1889.
5. Berard, erwähnt von Labadie-Lagrave et Leguen. (Siehe Nr. 6 dieser Bibliographie.)
6. Labadie-Lagrave F. et Leguen F.: Traité médico-chirurgicale de ginécologie. 3ième Édition. Paris, F. Alcan, 1904, pag. 310.
7. Mangiagalli L.: l. c. pag. 385.
8. Baudron E.: De l'hystérectomie vaginale appliquée au traitement chirurgical des lésions bilatérales des annexes de l'utérus. Paris, Soc. d'édit. scientifiques, 1894, pag. 304.
9. Monod Ch.: Sur certains cas d'hydrorrhée consécutive aux opérations pratiquées sur les organes du petit bassin chez la femme, pouvant en imposer pour une fistule urinaire. Hydrorrhée péritoneale? Procès verbaux, mémoires et discussions du Dixième Congrès Français de Chirurgie, Paris 1896, pag. 477.
   Idem: Écoulement aqueux abondant par le vagin à la suite d'une colpotomie pour salpingite suppurée. Hydrorrhée péritoneale? Laparotomie. Guérison. Bulletins et Mémoires de la Soc. de Chirurgie de Paris, Tom. XXIV, 1898, pag. 485. (Der vollständige Bericht der Krankheit wurde mir brieflich vom Autor selbst mitgeteilt.)
10. Pozzi S.: Erwähnt von Monod Ch. (S. Nr. 9 dieser Bibliographie.)
11. Die eine dieser Beobachtungen ist in meiner oben zitierten Arbeit erwähnt (s. Nr. 1 dieser Bibliographie), die andere ist die in diesem Schreiben mitgeteilte.
12. Frederick C. C.: Some rare and odd cases and experiences in pelvic and abdominal surgery; the lessons they teach. American journ. of Obst. and Diseases of women and children. Vol. XLIV, 1901, pag. 674.
13. Polidor A. A. M.: Des canaux de Gartner, de leur persistance chez la femme sous forme de conduits à débouché vaginal. Thèse de Bordeaux, Nr. 62, 1901.
14. Rieffel H.: L'appareil génital de la femme in Poirier et Charpy: Traité d' Anatomie humaine, Tom. V, Fasc. 1, Paris, Masson & Cie., 1901, pag. 379.
15. Ferroni E: Note embriologiche ed anatomiche sull' utero fetale. Annali di Ost. e Gin., 1902, pag. 631—810—1060.
16. Mangiagalli L.: l. c. pag. 1007.
17. Tourneux: L'organe de Rosenmüller et le parovarium chez les mammifères. Journ. de l' Anat., Tom. XXIV, 1888, pag. 169.
18. Valenti G.: Alcune generalità sopra gli organi rudimentali del corpo umano e note anatomiche sopra l' organo di Rosenmüller, i cordoni midollari, il paroophoron, le traccie del canale di Gartner nella donna. Atti della R. Accad. dei Fisiocritici, Ser. III. Vol. III, Siena 1885.

19. Ballantyne and Williams, The structures in the mesosalpinx. Edinburg 1893.
20. Riecker, erwähnt von Rieffel (s. Nr. 14).
21. Follin: Recherches sur les corps de Wolff. Thèse de Paris, Nr. 77, 1850.
22. Neuvialle R.: Contribution à l'étude clinique des grands Kystes du parovaire. Thèse de Montpellier, Nr. 46, 1904.
23. D'Evant T.: Intorno ad una appendice peduncolata del mesosalpinge. Atti della R. Accad. Med. Chir. di Napoli, Anno LVI, No. 3, 1902.
24. Quenu: Revue de Chirurgie, 1890, pag. 46.
25. Mangiagalli L.: Contributo alla terapia delle fistole genito-urinarie. Atti della Soc. Ital. di Ost. e Gin., Vol. V, 1898, pag. 558.
26. Bardier et Frenkel: Étude sur le débit comparé des deux reins. I. Conditions de leur inégalité fonctionnelle. Journal de physiologie et de pathologie générale, 1900, Nr. 3. pag. 413. II. A propos de l'alternance physiologique des deux reins etc. Ibid., pag. 437.
27. Casper u. Richter, erwähnt von Albarran (s. Nr. 29).
28. Strauß. erwähnt von Albarran (s. Nr. 29).
29. Albarran J.: Sur la physiologie comparée des deux reins. Comptes Rendus de l'Académie des Sciences, Paris, Séance de 18 Mai 1903, pag. 1207.

Hebammenwesen und Sozialhygiene.

Die Gewinnung von Angehörigen gebildeter Stände für den Hebammenberuf.

Vortrag, gehalten am 10. Dezember 1907 im Verein für Volkshygiene in Dresden von

Prof. **Leopold.**

Hochgeehrte Anwesende! Wenn ich mir für den heutigen Abend das Thema gewählt habe: „Gewinnung von Angehörigen gebildeter Stände für den Hebammenberuf", so ist es zunächst meine vornehmste Aufgabe, die Wahl dieses Themas zu begründen und darzulegen, welche Erfahrungen mir dieses Thema nahegelegt haben.

Es sind nunmehr 26 Jahre verflossen, seitdem ich Schülerinnen in der Hebammenkunst zu unterrichten und fortzubilden habe, und fast ebenso lange war es mir vergönnt, jüngeren und älteren Ärzten durch theoretischen und praktischen Unterricht in Geburtshilfe und Frauenkrankheiten hier in der königlichen Frauenklinik Ausbildung und Fortbildung zu gewähren. 1665 Schülerinnen nahmen am Unterricht teil und traten nach bestandener Prüfung nach und nach in die Praxis, um als tüchtige und gewissenhafte Hebammen gebärenden Frauen in ihren schwersten Stunden beizustehen. Mit ihren Schülerinnen kommen nun die Lehrer erst bei der Aufnahmeprüfung und dann während des 6monatlichen Unterrichtes täglich bei Entbindungen oder am Bette der Wöchnerinnen und der Säuglinge zusammen und lernen sie nach ihrem Bildungsgrade, nach ihren körperlichen und geistigen Leistungen, nach ihrem Pflichtgefühl und nach ihrem seelischen Empfinden genau kennen. Von jeder Schülerin weiß man bald, ob sie wirkliches Interesse an dem künftigen Berufe hat, oder ob sie nur aus eigener Not oder zum Mitunterhalt der Familie oder etwa auf äußere Antriebe hin, z. B. auf Anregung der Gemeinde, in welcher sie bisher gelebt, sich in die Hebammenschule

hat aufnehmen lassen. Und was wird in der letzteren den Schülerinnen geboten? An mir selbst als Direktor der königlichen Frauenklinik und Hebammenschule sind in den verflossenen Jahren rund 44.000 Entbindungen vorübergegangen. Wir Ärzte haben sie unseren Schülerinnen, damit sie recht viel lernen, möglichst zu Nutze gebracht und es hat wohl keine Schülerin die Klinik verlassen, ohne daß sie nicht mindestens 30 Entbindungen bis in das Kleinste mit erlebt, bei sehr vielen selbständig mitgeholfen und eine viel größere Zahl noch mit beobachtet hätte. Dazu kommt, daß sie bei recht vielen Wöchnerinnen und neugeborenen Kindern in der Pflege derselben angelernt wurden. Seit Jahren kommen in der hiesigen Klinik im Durchschnitt jährlich 2000 Entbindungen vor und ungefähr 69 Schülerinnen werden jährlich hier ausgebildet. An der anderen Hebammenschule im Königreich Sachsen, an der Universitätsfrauenklinik in Leipzig, ist die Verhältniszahl der jährlichen Entbindungen zu den Schülerinnen ungefähr dieselbe. Während des Unterrichts wird nun den Schülerinnen als höchstes zu erstrebendes Ziel gelehrt und geboten, Mutter und Kind schon in der Schwangerschaft, vor allem aber während der Geburt und während des Wochenbettes so zu beobachten, zu pflegen und zu beraten, daß beide, Mutter und Kind, vor Gefahren und vor Erkrankungen bewahrt werden und daß bei drohenden Gefahren und Erkrankungen sofort ein Arzt hinzugezogen werde.

Vertiefen wir uns einmal in die Resultate der verschiedensten kleinen und großen Entbindungsanstalten nicht bloß im Deutschen Reich, sondern in der ganzen gebildeten Welt. Zum größten Lob kann man von jeder sagen, daß sie die peinlichste Sauberkeit und Reinlichkeit am Geburts-, Wochen- und Kinderbett heute als etwas ganz Selbstverständliches ansieht und die höchste Ehre darein setzt, Erkrankungen und Todesfälle auf das alleräußerste Maß zu beschränken und nun gar Erkrankungen oder Todesfälle an der so gefahrvollen und verheerenden Krankheit, nämlich dem Kindbettfieber, überhaupt nicht vorkommen zu lassen. Bedeutsame Wandlungen haben sich in dieser Beziehung seit etwa 50 Jahren vollzogen! Vor vielen Jahren herrschten in den öffentlichen Entbindungsanstalten Erkrankungen und Todesfälle an Kindbettfieber in Menge. Daher waren ärmere oder obdachlose oder besser gestellte Frauen nur schwer zu bewegen, zur Entbindung eine Frauenklinik aufzusuchen. Denn draußen im Privathause waren derartige üble Ausgänge viel seltener. Heute aber ist es umgekehrt. Heute sind in den Frauenkliniken die Erkrankungen und Todesfälle an Kindbettfieber gottlob eine außerordentliche Seltenheit, und wenn sie wirklich mal vorkommen, wird ihren Ursachen mit der größten Schärfe nachgegangen und begegnet. Draußen aber, außerhalb der Entbindungsanstalten, kommt heutzutage das Kindbettfieber und Todesfälle an ihm noch recht oft, ja viel zu oft vor und blühende, kräftige, junge Frauen gehen daran zugrunde. Solche Todesfälle reißen eine Lücke in das Familienleben, welche nie wieder ausheilen kann. Ist es da ein Wunder, wenn heutzutage viele Frauen, namentlich ärmere oder obdachlose, aber auch besser gestellte Frauen zur Abwartung ihrer Entbindung lieber in eine Klinik gehen? Die Wahrheit dieser Sätze läßt sich wohl am besten erhärten, wenn man zuverlässige statistische Nachweise über die Erkrankungen am Kindbettfieber aus den modernen Entbindungsanstalten mit denen aus Stadt und Land vergleicht. Eine ausgezeichnete Übersicht gewähren hierfür die Arbeit des Prof. v. Herff in Basel über das Kindbettfieber[1]) und die Jahresberichte des königlich sächsischen Landes-Medizinal-Kollegium über das Medizinalwesen im Königreich Sachsen.

---

[1]) v. Winckel, Handbuch der Geburtshilfe, 1907, Bd. III, 3. H., pag. 362.

Vor ungefähr 40 Jahren betrug in den Entbindungsanstalten die Sterblichkeit an Kindbettfieber 3%, ja sogar 4—6% und noch mehr; also von 100 Entbundenen gingen 3—4 an dieser mörderischen und doch vermeidbaren Krankheit zugrunde. Seit der Einführung der Antisepsis aber und der Asepsis, d. h. seit Einführung der Desinfektion und dem Auskochen der Instrumente, der Wäsche und aller Verbandmaterialien, das ist seit ungefähr 30 bzw. 20 Jahren, hat die Sterblichkeit an Kindbettfieber in wohlgeleiteten Anstalten ganz erheblich abgenommen und beträgt im Durchschnitt höchstens 1 : 1000; ja es ist mit aller Sicherheit festgestellt, daß in einzelnen Entbindungsanstalten Tausende und Abertausende von Frauen hintereinander entbunden werden, ohne daß jemals ein Todesfall an Kindbettfieber vorgekommen wäre. Ganz anders aber lauten die Ergebnisse aus dem Privathause, namentlich auf dem Lande, wo die Sterblichkeit an Kindbettfieber heutzutage noch weit über das Doppelte beträgt, als in den Frauenkliniken. „Man wird nicht fehl gehen," sagt v. Herff, „wenn man die allgemeine Sterblichkeit an Kindbettfieber in Deutschland bestenfalls mit etwa 0·2%, wahrscheinlicher aber mit 0·25%, also 5 auf 2000 oder 1 auf 400, je nach der Wohlhabenheit der einzelnen Landesteile mit einem kleineren oder größeren Mehr, in Rechnung setzt. Die Besserung gegenüber früheren Zeiten ist zwar auch hier eingetreten, sie bleibt aber weit hinter jener zurück, die in gut geleiteten Entbindungsanstalten erreicht wird." Die Ursachen sind nach v. Herffs Forschungen verschiedener Art: Sie liegen teils im Publikum selbst, teils beruhen sie auf zu später Herbeiholung eines Arztes, teils in der Art der ärztlichen Hilfe, teils in manchen Einrichtungen des Hebammenwesens, mit dem wir uns heute beschäftigen wollen.

Geht man die Statistiken der verschiedenen Länder Deutschlands genauer durch, von Preußen, Sachsen, Hessen, Baden, Mecklenburg-Schwerin, so begegnet man überall der Tatsache, daß die Frauen in den Städten erheblich besser gegen Kindbettfieber geschützt sind als auf dem Lande. Eine Erscheinung, die sich durch die größere Auswahl von Ärzten und Hebammen, durch die allgemeine größere Reinlichkeit und bessere Lüftung und Lichtfülle der Wohnungen erklären läßt. Nun unterliegt es ja gar keinem Zweifel, daß seit Einführung der Antisepsis und Asepsis, also seit zirka 20 Jahren in unserem engeren Vaterland die Sterblichkeit an Kindbettfieber ganz im allgemeinen und fühlbar abgenommen hat, aber es muß andrerseits auch offen ausgesprochen werden, daß diese Abnahme seit Jahren einen Stillstand zu verzeichnen hat. Fast nirgends werden auch nur annähernd die günstigen Zahlen wohlgeleiteter Entbindungsanstalten erreicht, trotz der erheblichen Vorteile, die in der Theorie dem Privathause gegenüber Lehranstalten zustehen sollten. Und so bedauerlich es auch ist, so muß doch betont werden, daß gegenwärtig jene Frau am sichersten gegen Kindbettfieber geschützt ist, die sich einer wohlgeleiteten Entbindungsanstalt anvertraut — im schroffsten Gegensatz zu früheren Zeiten. Man vergesse nicht, daß das Kindbettfieber nicht etwa auf Erkältung oder Diätfehler oder auf Milchversetzung und ähnlichen ganz falschen Annahmen, sondern lediglich auf Unsauberkeit beruht, daß es also eine auf jeden Fall vermeidbare Krankheit ist. Und doch sind in unserem engeren Vaterland in den letzten 10 Jahren durchschnittlich 270 Frauen in der Vollkraft der Jahre von dieser Krankheit dahingerafft worden! Im ganzen Deutschen Reiche sterben jährlich rund 8000 Frauen im Wochenbett! Welche enormen jährlichen Verluste an dem wichtigsten Mitglied der Familie, nämlich der Mutter, drücken sich in diesen Zahlen aus! Welche Verluste für Gemeinwesen und Staat, wenn jährlich Hunderte von Frauen, jugendfrisch und vollkräftig, zugrunde gehen! Diese Verluste kommen gleich nach jenen, welche durch Tuberkulose der Lunge verursacht werden.

Angesichts solcher Verhältnisse ist jeder Staat verpflichtet, mit allen seinen Machtmitteln dagegen anzukämpfen, und zwar energischer als gegen Pocken und Cholera, welche beide Krankheiten zusammen ja weit weniger Menschen dahinraffen, als das Kindbettfieber allein an Frauen im Laufe der Jahre es tut. „Die Verpflichtung für den Staat,“ sagt v. Herff, dem ich mich ganz anschließe, „ist eine um so größere, als die gut geleiteten Entbindungsanstalten, trotz ihrer in bezug auf Verhütung des Kindbettfiebers ungünstigeren Verhältnisse als viele Polikliniken, jetzt den vollen Beweis geliefert haben, daß es leicht möglich ist, schwere, insbesondere tödliche Erkrankungen an Kindbettfieber auf eine Mindestzahl einzuschränken.“ Und wenn Sie fragen: wie kommt es denn, daß in den Entbindungsanstalten das Kindbettfieber so außerordentlich selten, in Stadt und Land aber noch so häufig vorkommt, so ist die Antwort darauf eine sehr einfache: In den Entbindungsanstalten wird jede Gebärende von einem Arzt mit einer Hebamme überwacht und versorgt; die Reinigung der Gebärenden und vor allem was mit ihr in Berührung kommt wird ärztlicherseits angeordnet, geprüft und kontrolliert. Wenn sich ärztliche Hilfe notwendig macht, ist sie augenblicklich zur Hand, und sie erstreckt sich in sachgemäßester Form nicht nur viele Stunden über die Entbindung hinaus, sondern über die ganze Dauer des Wochenbettes.

Anders im Privathause, in Städten und namentlich auf dem Lande. Es ist eine feststehende Erfahrung, daß von 100 Entbindungen hier durchschnittlich 94 nur von der Hebamme geleitet werden und nur bei 6 von 100 auch noch ein Arzt dabei ist. Letzteres deshalb, weil ungefähr in 6 von 100 Fällen die Geburt keine natürliche bzw. regelrechte mehr ist, sondern von der Norm abweicht. Und in allen solchen Fällen ist die Hebamme auf das Strengste angewiesen, sofort ärztliche Hilfe herbeizuziehen. Wenn also in 94 von 100 Entbindungen, welche sich im Privathause abwickeln, nur eine Hebamme zugegen ist, während in den Entbindungsanstalten jede Geburt, also auch jeder ganz normale Fall, von einem Arzt überwacht bzw. geleitet wird, und in Stadt und Land das Kindbettfieber heutzutage noch so auffallend häufig vorkommt, so muß logischerweise einer von den Gründen, deren es verschiedene gibt, in dem Umstande liegen, daß das Hebammenwesen auch in unserem engeren Vaterlande, in welchem es anerkanntermaßen vor allen Bundesstaaten im ganzen Deutschen Reiche durch seine vorzügliche Organisation hervorragt, immer noch verbesserungsfähig ist und ganz entschieden der Reform bedarf. Dies zu erläutern, sei jetzt meine Aufgabe. Hierzu müssen wir uns zunächst klar machen, was von einer Hebamme am Geburtsbette mit vollem Rechte verlangt werden muß und zweitens, ob auch alle Hebammen nach ihrer jetzigen Vorbildung den Anforderungen vollkommen gewachsen sind, welche zum Wohle von Mutter und Kind an sie gestellt werden müssen. Die Hebammen, welche also in der allergrößten Zahl der Fälle allein bei einer Entbindung sind, haben Mutter und Kind unausgesetzt zu überwachen, haben sich selbst sowie die Gebärende und alles, was mit ihr in Berührung kommt, vorschriftsmäßig zu reinigen und haben sofort zu einem Arzt zu schicken, wenn sich bei Mutter und Kind Regelwidrigkeiten oder bestimmte Verhältnisse einstellen, welche im Lehrbuche ganz genau festgestellt sind.

Aus der großen Fülle der Regelwidrigkeiten mögen nur einzelne wenige hier angedeutet sein, z. B. die verschiedenen Grade und Formen des engen Beckens, das bei uns in Sachsen durch die englische Krankheit außerordentlich verbreitet ist; ferner, die überlange Dauer der Geburt; Veränderungen bei der Gebärenden am Puls und Temperatur, an der Atmung, an den Nieren: ferner falsche Einstellungen des Kindes.

Veränderungen des kindlichen Pulses und noch vieles, vieles andere. Die Hebamme muß die Fähigkeit besitzen, diese Regelwidrigkeiten zu erkennen, sie muß das Pflichtgefühl und die Charakterfestigkeit in sich tragen, rechtzeitig und sofort einen Arzt herbeizuholen; sie muß aber auch in dem sicheren Besitz der Kenntnisse sein, um das unter allen Umständen vermeidbare Kindbettfieber zu verhüten, und endlich muß ihr ein tiefes Empfinden der Verantwortung innewohnen, welche man bei jeder Entbindung übernimmt. Fehlen diese Eigenschaften, dann sieht es freilich mit den gebärenden Frauen und den Kindern traurig aus!

Soll ich Ihnen den Kummer und das Elend schildern, das ich im Laufe langer Jahre Hunderte von Malen durchgemacht habe, wenn eine Gebärende durch Unsauberkeit oder durch zu späte Herbeiholung ärztlicher Hilfe monatelang krank darnieder lag oder am Kindbettfieber zugrunde ging? Wenn sich die größten Kontraste des Lebens irgendwo abspielen, so ist es am Geburts- oder Wochenbette! Bei pflichtmäßig geleiteten Fällen, welch ein Jubel, welche Freude und Wonne, wenn das mit Bangen erwartete Kindchen frisch und kräftig zur Welt kommt, wenn Mutter und Kind dann schlafen und sich erholen, wenn das Kind an der Brust der glücklichen Mutter liegt, wenn der Engel des Friedens durch das Haus oder durch die Hütte zieht und die Mutter nach 2—3 Wochen wieder gekräftigt dem Hausstand nach und nach vorstehen kann! Mit welcher Ruhe und welch stiller Freude sorgt der Familienvater fernerhin für die Seinen! und wie fürsorglich kann sich die Mutter nun jedes Kindes wieder annehmen! Aber bei mangelhaften Kenntnissen, bei Mangel an Gefühl für Pflicht und Verantwortung, welch ein Unterschied! Man denke nur an die vielen Fälle von Ansteckung, von Verblutungen, von übersehenen Verletzungen, welche jahraus, jahrein im Privathause bei Entbindungen immer wieder vorkommen und doch nimmermehr vorkommen dürften, welche zu wochen- und monatelangem Kranksein, zu dauerndem Siechtum und zum Tode führen können! Woher kommen denn die vielen Frauenkrankheiten, über welche man so oft klagen hört! Zu einem guten Teil sind sie Folgen einer mangelhaft geleiteten Entbindung oder des Wochenbettes, und sehr viele von ihnen wären auf jeden Fall zu vermeiden gewesen! Wer von Ihnen es jemals erlebt hat, daß die Mutter der Kinder nach einer Entbindung monatelang schwer krank darniederliegt oder vom Tode dahingerafft worden ist, der kennt das namenlose Leid! Der Mann beraubt der Frau, die er innig geliebt; der Vater nunmehr allein mit seinen Kindern; die Kinder, gleichviel, ob noch im zartesten Alter oder schon größer, mit einem Male ohne die Mutter, die Führerin durch das Leben! Das ist ein Bruch in das Familienglück, eine Wunde in die Herzen, welche sehr oft nie wieder verheilt! Und das alles war doch vermeidbar! Den Vater verlieren ist schwer, aber eine Mutter ist unersetzlich! Das Herz des Vaters teilt sich zwischen Familie und Beruf: aber das Herz der Mutter ist mit tausend Ketten an ihre Kinder gebunden! Nach alledem liegt es klar zutage, was von einer Hebamme am Geburtsbette mit vollem Rechte verlangt werden muß. Aber sind auch alle Hebammen, so fragen wir weiter, nach ihrer jetzigen Vorbildung den Anforderungen vollkommen gewachsen, welche an sie gestellt werden müssen?

Nun, ich selbst halte den Beruf der Hebamme für einen hohen, segensreichen und hochachtbaren und werde unausgesetzt bemüht bleiben, den Stand auf eine immer höhere Stufe zu stellen, um ihm alle mögliche Fürsorge und Unterstützung zuteil werden zu lassen. Und ich muß es zum Ruhme unserer hiesigen Hebammen und sehr vieler anderer, die in Stadt und Land tätig sind, laut und offen aussprechen, daß sie es mit der Pflichterfüllung und mit der Verantwortung in ihrem Berufe sehr ernst nehmen, daher vortreffliche Erfolge aufzu-

weisen haben. Aber es wäre eine Verschleierung der Wahrheit, wenn man anderseits nicht sagen wollte, daß ein gewisser Teil, und zwar nur infolge mangelhafter Vorbildung, den Anforderungen des Berufes nicht gewachsen ist. Hören wir einmal, wie bescheidene Ansprüche an die geistige Ausbildung einer Frau nach den jetzt geltenden Bestimmungen gestellt werden, wenn sie sich zur Aufnahme in die Hebammenschule meldet. Abgesehen davon, daß sie nicht unter 21 und nicht über 35 Jahre alt sein darf, daß sie ein gutes Schul- und Leumundszeugnis besitzen muß, so handelt es sich vor allem um das vom Bezirksarzte auszustellende Befähigungszeugnis. Dasselbe muß ausdrücklich enthalten, daß die sich Meldende einen gesunden, nicht schwächlichen Körperbau hat und mit ungeschwächten Sinnen, gehörig gebildeten, nicht zu starken Händen ausgestattet und mit einem guten, natürlichen Verstande begabt ist, daß sie geläufig lesen und ein Diktat deutlich und ohne grobe Verstöße gegen die Regeln der Rechtschreibung schreiben kann, daß sie im Rechnen die im gewöhnlichen Leben erforderlichen Kenntnisse besitzt und mit den gesetzlichen Maßen und Gewichten genau vertraut ist.

Also gut lesen und rechnen und möglichst fehlerfrei schreiben können und einen guten natürlichen Verstand besitzen — das ist das Mindestmaß von geistiger Bildung, welches von Frauen gesetzlich verlangt wird, denen späterhin das Leben und die Gesundheit von Mutter und Kind in Stunden höchster Gefahr anvertraut werden soll. Weniger kann unmöglich verlangt werden. Wie fallen nun die Aufnahmeprüfungen aus? Erfreulicherweise melden sich seit Jahren viele Verheiratete und Unverheiratete zur Aufnahme in die Hebammenschule, welche fast fehlerlos und sehr deutlich mit gutem Satzbau schreiben und eine gute Schulbildung genossen haben. Sie zu unterrichten, ist ein Vergnügen. Sie folgen leicht dem Unterricht; haben meist ein gutes Gedächtnis; sie vermögen sich auch die notwendigsten Kenntnisse in der Anatomie der Unterleibsorgane anzueignen und gewinnen auch nach und nach die in der Geburtshilfe unentbehrlichen Vorstellungen von Raum und Form. Bald bemerkt der Lehrer, wie die gut vorgebildete Schülerin auch die schwereren Verhältnisse, die sich bei Entbindungen abspielen, immer besser versteht und beurteilen lernt, und bei der öffentlichen Abgangsprüfung ist es eine wahre Freude, vor den Zuhörern sich mit einer solchen Schülerin über plötzliche und ernste Ereignisse zu unterhalten, welche ihr später im Berufe begegnen können und von ihr volle Geistesgegenwart, hohes Pflichtgefühl und eine ganz bestimmte Summe von Kenntnissen und deren geschickte Verwertung verlangen. Das werden und das bleiben tüchtige Hebammen! In ihren Händen ist Mutter und Kind solange gut aufgehoben, als sie den Rahmen ihrer Befugnisse nicht überschreiten und sie sich in jedem schwierigen Falle gewissenhaft stets sagen: „Hier hört mein Bereich auf; hier muß ein Arzt gerufen werden!“ Aber beinahe die Hälfte der Frauen, welche in die Hebammenschule eintreten, entspricht den gesetzlichen Anforderungen nicht oder sehr mangelhaft. Ihre Diktate sind voll orthographischer Fehler; Schreiben und Rechnen ist mehr als dürftig und jedwede leichtere Auffassung und Gedankenverbindung fehlt vollständig. Sie haben nur die Dorfschule besucht und nach Verlassen derselben keine weitere Fortbildung genossen. Nimmt man solche Frauen versuchsweise auf, so entwickelt sich noch manche — wenn auch sehr langsam — aber unverkennbar zu einer guten Hebamme. Aber ein gewisser, nicht geringer Teil bringt es nur zu dürftigen Kenntnissen, die für den späteren Beruf so gut wie wertlos sind. Sie lernen geburtshilflich nicht denken, noch weniger urteilen, gewinnen niemals ordentliche Vorstellungen von Raum und Form in bezug auf Regelwidrigkeiten bei Mutter und Kind und sind darum gar nicht in der Lage, bei einem

wichtigeren, geburtshilflichen Falle zu entscheiden und sofort darauf zu dringen: „Hier muß sobald als möglich ein Arzt geholt werden!"

Bei so mangelhaft vorgebildeten Frauen haftet das mühselig Erlernte nur wie ein lockeres Gewand und geht sehr schnell wieder verloren und der Rest aller Mühen, welche die Lehrer verwendet haben, besteht nach wenigen Jahren nur noch in unklaren Vorstellungen und Begriffen. Es fällt nicht schwer, alles dies näher zu begründen. Wie die ärztliche Wissenschaft sich von Jahr zu Jahr mehr vertieft hat und wie die ärztlichen Erfolge namentlich auf den Gebieten der Gesundheitspflege, der Chirurgie, der Geburtshilfe und der Frauenkrankheiten geradezu als staunenswert bezeichnet werden dürfen, so verlangt man heutzutage auch mehr als früher von einer Hebamme und erwartet mit Fug und Recht die denkbar besten Erfolge. Die Hebammenschülerin muß daher in den Geist der Antisepsis, d. h. der Desinfektion, und der Asepsis, d. h. nicht bloß der Keimfreierzielung, sondern auch der Keimfreierhaltung der Instrumente, Wäsche, Verbandstücke etc. eindringen können und kein oberflächliches, sondern ein volles Verständnis dafür gewinnen. Wir versuchen es, ihnen durch Experimente so einfach wie möglich klar zu machen, indem wir die kleinsten Lebewesen und Pilzchen, die jeder Mensch in seiner äußeren Haut birgt, auf Nährgelatine wachsen lassen und ihnen dadurch zeigen, was für gefährliche Stoffe eine nicht desinfizierte Hand mit sich herum trägt. Solche Vorführungen versteht eine Schülerin mit guter Vorbildung sehr leicht; eine solche aber, die ganz mangelhaft schreibt und denkt, steht ihnen meistenteils verständnislos gegenüber.

Eine zukünftige Hebamme muß aber ferner eine leichte Auffassung und Vorstellung über Veränderungen von Raum und Form haben, um falsche Lagen und Einstellungen des Kindes im Becken der Mutter rechtzeitig zu erkennen und rechtzeitig einen Arzt herbeizurufen. Dieser Forderung kann eine Frau mit guter Vorbildung, mit Regsamkeit des Geistes, mit etwas geübtem Denkvermögen viel besser entsprechen als diejenige, welche seit der Schulzeit nur in harter Arbeit gestanden hat, ohne geistige Anregung, ohne Fortbildung, ohne jede Erweiterung ihres Gesichtskreises. Ist es daher ein Wunder, wenn der letzteren die mühsam errungenen geringen Kenntnisse bald wieder verschwinden und der innere Zusammenhang zwischen ihr selbst und den hohen Aufgaben ihres Berufes, wenn er überhaupt bestanden hat, bald wieder verloren geht? Ich brauche ferner nicht weiter darzulegen, daß mit der besseren Vorbildung und der höheren Stufe der Bildung eines jeden Menschen auch der Begriff von Pflicht und Pflichterfüllung stetig wächst und die Bildung jedem ganz von selbst klar legt, was Verantwortung und Befriedigung im Berufe zu bedeuten haben. Von der besseren Vorbildung aber, vom Gefühl der Pflicht und der Verantwortung hängt Gesundheit und Leben von Mutter und Kind ganz selbstverständlich ab, und Familien- und Volkswohl ruhen zum großen Teil mit auf der ernsten Auffassung der, ich möchte sagen, geheiligten Grundsätze, nach welchen einer gebärenden Frau beigestanden werden muß. Je besser die Bildung, je größer das Verantwortlichkeitsgefühl, um so weitblickender ist die Fürsorge am Geburtsbett; um so seltener werden nach und nach Erkrankungen und Todesfälle im Kindbett und am Kindbettfieber vorkommen, und kräftige, blühende Frauen — so muß man hoffen — so muß man verlangen, dürfen fernerhin nicht mehr in der bisherigen erschreckenden Zahl dem Tode verfallen sein. Was wir also für Familien- und Volkswohl dringend zu erstreben haben, ist, daß sich hauptsächlich gut vorgebildete Frauen zum Hebammenberuf melden möchten. Um aber hier jedem Mißverständnis vorzubeugen, so soll nicht etwa die in einer höheren Schule erfolgte Ausbildung ein unbedingtes

Erfordernis sein, sondern es genügt eine gute Schulbildung, mit dem aber ein hohes Pflichtgefühl, eine gute Gesundheit, innere Festigkeit und die richtige Auffassung von den Anforderungen des Berufes verknüpft sein müssen. Melden sich Frauen oder Unverheiratete mit den genannten Eigenschaften auch aus den Kreisen höherer Bildung — und warum sollte diesen der Hebammenberuf etwa verschlossen sein? —, so dürften sie sich überzeugt halten, daß sich die Lehrer ihnen mit größter Freude und Hingebung widmen würden, schon auf Grund der einen Erfahrung, daß der geistig rege und weitblickende Schüler den Unterricht erleichtert und vertiefen läßt, aber nicht erschwert oder als nutzlos erkennen läßt. Sie werden mich daher gewiß dahin richtig verstehen, wenn ich sage, daß die vielen vortrefflichen, gut vorgebildeten und pflichttreuen Hebammen, welche wir jetzt im Königreich Sachsen in so großer Zahl haben, den gesunden, kräftigen Grundstock des Standes für alle Zukunft auch weiterhin bilden möchten. Ihm möchten aber fernerhin Frauen nicht beitreten, welche im Schreiben, Rechnen und Denken empfindliche Mängel aufweisen; wohl aber solche Frauen oder Unverheiratete oder Witwen, welche eine gute bzw. sehr gute Schulbildung genossen haben und die Eigenschaften in sich fühlen, welche der Ernst und die körperlichen und sittlichen Forderungen des Berufes zur Bedingung stellen.

Die Wünsche, welche ich hier für die Hebung des Standes zum Ausdruck gebracht habe, sind nicht neu. Sie sind schon in verschiedenen Bundesstaaten Deutschlands und bei Kongressen und sonstigen Beratungen, namentlich in diesem Jahre, dargelegt und begründet worden. Besonders geschah das auf dem Kongreß für Hygiene, welcher im September dieses Jahres in Berlin tagte. Von den drei Referenten hob zunächst Prof. Fritsch in Bonn, welcher vorwiegend von preußischen Verhältnissen sprach, hervor, daß eine Fortbildung nur möglich sei, wenn eine Bildung schon vorhanden wäre. Dies sei aber in genügender Weise jetzt nicht der Fall und bedürfe dringend der Abhilfe. Noch mahnender sprach sich der hochverdiente Vorkämpfer für Verbesserung des Hebammenwesens, Dr. Brennecke in Magdeburg, aus: „Die Notwendigkeit einer tieferen Durchbildung der Hebammen auch in der Säuglingspflege sei unbedingt anzuerkennen, schon mit Rücksicht darauf, daß die Hebammen für den weitaus größten Teil der Mütter die alleinigen Beraterinnen in allen Fragen der Ernährung und Pflege des Säuglings sind und bleiben werden. Im Interesse der Geburts-, Wochen- und Säuglingspflege sei demnach eine umfassende Reform des Hebammenwesens zu fordern, kraft deren dem Hebammenstande bildungsfähige, auf einer höheren, geistigen und sozialen Stufe stehende Persönlichkeiten zugeführt würden.“ Der dritte Referent war Frau Elsbeth Krukenberg in Kreuznach. Sie trat wie die beiden anderen Referenten für Wiederholungs- und Fortbildungskurse ein und erklärte eine Auswahl der Hebammenschülerinnen nach immer strengeren Grundsätzen für notwendig. Wie sehr man im allgemeinen von einer Reform durchdrungen ist, geht ferner daraus hervor, daß in dem Wöchnerinnenasyl Luisenheim in Mannheim, welches unter dem Protektorat Ihrer königlichen Hoheit der verewigten Großherzogin Luise von Baden steht, jetzt schon Hebammenkurse für Frauen gebildeter Stände abgehalten werden, und zwar für Verheiratete oder Unverheiratete, welche eine Töchterschule mit Erfolg besucht haben oder eine gleichwertige Vorbildung nachweisen können. Im übrigen ist die Aufnahme außerdem abhängig von der Erfüllung der für die Bewerbung badischer Schülerinnen gültigen Vorschriften, welche mit den unserigen fast ganz übereinstimmen.

Am meisten endlich fallen wohl ins Gewicht die Ansichten der Direktoren der Hebammenlehranstalten Deutschlands, welche dieses Jahr zum dritten Male, und zwar

zu Dresden in der Pfingstwoche ihre Vereinigung zur Förderung des deutschen Hebammenwesens abgehalten haben. Hatte man sich auf der ersten Versammlung 1903 in Würzburg einstimmig zu dem Leitsatz bekannt, „daß das Material an Schülerinnen vielfach unbrauchbar sei, daß mindestens der Nachweis guter Volksschulbildung zu fordern sei, und zwar nicht nur der Nachweis, daß man die Schule besucht habe, sondern daß zur Zeit der Meldung die Volksschulbildung noch vorhanden sei, daß aber auch eine höhere Vorbildung wünschenswert und anzustreben wäre“, so kamen diese Gedanken und Wünsche auf der Dresdener Vereinigung in diesem Jahre noch viel nachhaltiger zum Ausdruck. Prof. Fritsch in Bonn stellte folgende Resolution auf, welche einstimmige Annahme fand: „Die am 21. Mai 1907 in Dresden tagende Vereinigung zur Förderung des deutschen Hebammenwesens erklärt eine allgemeine deutsche Hebammenordnung und eine Versorgung mittelloser, kranker, invalider und alter Hebammen für dringend notwendig.[1])

Zur Begründung dessen hat er eine Petition ausgearbeitet, welche allen Bundesregierungen und Ständekammern überreicht werden wird und welche unter anderem folgenden wichtigen Satz enthält: „Es ist der lebhafte Wunsch der Hebammenlehrer und aller Hebammenfreunde, daß besser gebildete Personen diesen Beruf ergreifen. Denn die zunehmenden Aufgaben der Hebammen erfordern eine größere Bildung, als sie in einer Dorfschule zu erlangen ist. Überall wird eine bessere Vorbildung verlangt, weil zum Erfassen der Lehren von den Krankheitsursachen und der Krankheitsvermeidung eine gute Schulbildung notwendig ist.“

Hochgeehrte Anwesende! Schauen wir einmal auf alles zurück, was ich darzulegen versucht habe! Wir sahen, daß noch heutzutage eine ganz erschreckend hohe Zahl von Müttern im Wochenbett zugrunde geht, wir sahen, daß die allergrößte Zahl der Entbindungen nur von den Hebammen geleitet wird, und daß ein guter Teil der letzteren nicht die Vorbildung besitzt, welche der Beruf mit seinen hohen Forderungen verlangt. Finden Sie es dann nicht begründet, wenn die berufenen Lehrer im Interesse des Familien- und Volkswohles von dem Wunsche beseelt sind, daß sich mehr Gebildete zur Erlernung des Hebammenberufes melden und daß die Ungebildeten lieber fern bleiben, da ihnen die geistige Kraft mangelt, den Pflichtenkreis des Hebammenberufes völlig zu übersehen? Bedenken Sie, daß im Deutschen Reiche noch jährlich zirka 8000 Mütter im Wochenbette, in unserem engeren Vaterlande jährlich durchschnittlich 270 Frauen am Kindbettfieber sterben und daß fast alle diese Todesfälle vermeidbar sind; daß hierzu noch unzählige Mütter kommen, die infolge der Geburt krank werden und es jahrelang oder zeitlebens bleiben, so versteht jeder, daß der Volkswohlstand dadurch direkt und indirekt geschädigt wird. Und so hoffe ich, daß Sie mir Recht geben, wenn ich sage: So kann es, so darf es nicht weiter gehen! Gegen die schlimmsten Feinde der menschlichen Gesundheit, Tuberkulose und Krebs, wird jetzt mit allen nur denkbaren Mitteln angekämpft! Und gegen die vielen vermeidbaren Todesfälle an Kindbettfieber und im Wochenbett sollten wir die Hände in den Schoß legen! Im ganzen Deutschen Reiche sind Heilstätten und Fürsorgestellen für Lungenkranke errichtet und Millionen von Mark dafür bereit gestellt worden. In ganz Europa erstehen jetzt Arbeitsstätten, um die Ursachen der Krebskrankheit und die Mittel und Wege zu ihrer Bekämpfung zu erforschen; und Regierungen sowohl wie hochherzige Männer und Frauen spenden bedeutende Summen, um an diesem guten Werke mit-

[1]) Die Resolution und deren Begründung wurden von der Vereinigung jüngst publiziert und sollen in einem der nächsten Hefte abgedruckt werden. Anm. d. Red.

zuhelfen. Da wird auch die Weisheit der Regierungen und die Opferfreudigkeit der Menschheit nicht versagen, wenn es gilt, Hunderte und Tausende von Frauen und Müttern ihrer Familie und dem Volke zu erhalten. Unsere sächsische Regierung hat allen deutschen Bundesregierungen voran seit vielen Jahren für das Hebammenwesen die denkbar besten Einrichtungen getroffen, welche von den anderen Staaten vorbildlich erachtet worden sind und wohl nach und nach eingeführt werden. Denn wir haben in Sachsen nur Bezirkshebammen, die vom Staate angestellt werden; frei praktizierende, wie in Preußen und anderwärts, kennen wir nicht. Mit dieser Einrichtung sind alle beteiligten Kreise sehr zufrieden. Wir haben zweitens seit langen Jahren die Einrichtung der Beihilfe seitens der Gemeinden zum notdürftigen Unterhalt der Hebammen, drittens die Einrichtung der teilweisen staatlichen Altersunterstützung. Und wir erhoffen noch andere wichtige Verbesserungen. Was aber vor allem not tut, ist, daß die mangelhaft vorgebildete Hebamme, in deren Händen Wohl und Wehe der gebärenden Frauen liegt, durch besser und gut vorgebildete Hebammen nach und nach ersetzt werden. Und hier schwebt mir eine Einrichtung vor der Seele, welche mit Sicherheit Wandel schaffen und sehr gut durchführbar sein würde. Sie ist schon früher einmal von Brennecke in Magdeburg in Anregung gebracht worden und mir ganz aus der Seele gesprochen. Da bei uns in Sachsen alle Hebammen im Lande von der Behörde angestellt werden, so erfordert es das Volkswohl, daß überhaupt, aber namentlich auf dem Lande nur Hebammen mit guter bzw. sehr guter Schulbildung zur Anstellung kommen; selbstredend müssen sie aber wirtschaftlich auch so gestellt werden, daß sie davon gut existieren können. Wenn die Begründung dieses Satzes nicht schon aus allem früher Gesagten hervorgeht, so läßt sich vor allem wohl noch ein durchschlagender Grund anführen.

Von den Ärzten, deren Aufgabe die Verhütung und Heilung der Krankheiten des menschlichen Körpers ist, verlangt der Staat zur Vorbereitung auf ihren Beruf eine besondere Vorbildung und ein viele Jahre währendes Universitätsstudium. Und das Heil der Seelen, den Trost der Kirche, vertraut der Staat ebenfalls nur akademisch gebildeten Männern, den Geistlichen, an, welchen ebenfalls eine viele Jahre lange Vorbereitung gesetzlich vorgeschrieben ist. Da sollte das Wohl und Wehe von Tausenden von gebärenden Frauen, welche die Grundlage des Familienlebens bilden, ganz mangelhaft vorgebildeten Hebammen, die gar nicht in der Lage sein können, schwierige Geburtsverhältnisse sofort zu erkennen, fernerhin anvertraut werden dürfen! Das ist geradezu ein schreiender Gegensatz! Auf jedem Dorfe, in jeder kleinsten Stadt, überall in Deutschland ist der Arzt und der Geistliche ein akademisch gebildeter Mann: und für die Aufgaben einer Hebamme, für die schwierigen Lebenslagen der gebärenden Frauen in kleinen Städten und auf dem Dorfe soll eine Person, die aus der Dorfschule stammt, gerade gut genug sein? Hier ist eine Lücke in der Wahrung des Volkswohls, welche unbedingt ausgefüllt werden muß.

Es gibt einen uralten Vergleich, der heutzutage erst recht noch Geltung hat. Eine Entbindung ist wie ein Feldzug; beide sind nicht ohne Gefahren. In den Feldzug muß der Soldat ziehen, er muß in ihm kämpfen. Die meisten kommen gesund wieder heim, sehr viele krank und invalid, Tausende gehen zugrunde. Aber wie jeder Vergleich hinkt, so auch dieser. Denn eine Entbindung ist ein natürlicher Vorgang, gewissermaßen ein Naturgesetz. Aus ihr soll die junge glückliche Mutter, wenn irgend möglich, stets ganz gesund und jugendfrisch hervorgehen, nicht wie viele Krieger aus dem Feldzuge, halb oder ganz invalid oder als Leiche. Dazu müssen aber auch die Vorbedingungen gegeben sein und es muß zu ihrer Verwirklichung unermüdlich beigetragen

werden. Wie also der Staat auf dem kleinsten Dorfe zur Seelsorge nur gebildete Männer anstellt mit einem bestimmten Einkommen, so müßten für den Beistand bei den Entbindungen und im Wochenbette auf dem Lande als Hebammen auch nur gut vorgebildete Frauen mit einem gesicherten Jahreseinkommen angestellt werden. Diese Einrichtung würde von außerordentlichem Segen sein! Ihre Ausgestaltung darf man der Erwägung unserer höchsten Behörden ruhig überlassen. Sicherlich wäre diese Einrichtung auch durchführbar und die Kosten würden angesichts der tausendfältigen Gesundheitserhaltung wohl gerechtfertigt sein und den hohen Summen gegenüber kaum ins Gewicht fallen, welche jährlich für andere Kulturzwecke verwendet werden. Hochherzig und weitblickend sorgt unsere Landesregierung im Verein mit den hohen Kammern für Familien- und Volkswohl und hat von jeher reiche Mittel zur Verfügung gestellt, um da zu helfen, wo es am nötigsten ist. Mögen Ihre Gedanken und Wünsche, hochansehnliche Versammlung, falls sie mit den meinigen übereinstimmen, sich vereinen zu einem lauten Appell an die Weisheit und das Wohlwollen der hohen Staatsregierung und der hohen Kammern, welche zur Zeit in Dresden versammelt sind, durch eine Reform des Hebammenwesens bessere Grundlagen zu schaffen für die Erhaltung der Gesundheit und des Lebens von Tausenden von jungen Müttern, damit die Seele des Familienlebens, das ist die Mutter, dem Vater und den Kindern erhalten bleibt. Das Höchste, was ein Kind besitzt, sind seine Eltern, und von diesen beiden steht ihm am nächsten die Mutter. Eine Mutter ist unersetzlich. Die Herzen der Mutter und der Kinder sind mit tausend Ketten aneinandergeschlossen. Lassen Sie unsere Betrachtungen und Wünsche ausklingen in ein hohes Lied; es ist das Lied von „Mutter und Kind!"

Bücherbesprechungen.

Prof. **Grusdew**-Kasan: Historische Entwicklung der Geburtshilfe und Gynaekologie in Rußland. 2. Periode bis 1840, 3. Periode 1840—1880.

Zweite Periode 1800—1840.

Mit Beginn des neuen Jahrhunderts trat ein regeres geistiges Leben ein. Es wurden neue Universitäten gegründet, 1802 in Dorpat, 1804 in Kasan und Charkow und die polnische Universität in Wilna wurde reorganisiert. An allen Universitäten wurden auch medizinische Fakultäten eröffnet. Auch auf die Geburtshilfe wurde mehr Gewicht gelegt, bei den Medizinalverwaltungen wurden Geburtshelfer angestellt, die eine besondere theoretisch-praktische Prüfung zu bestehen hatten. In den Hauptstädten wurden die Stellen von Stadtakkoucheuren kreiert. Um solche Personen zu beschaffen, mußten geburtshilfliche Kliniken an den Universitäten eröffnet werden.

Am günstigsten war es in Moskau bestellt. Richter leitete den theoretischen und klinischen Unterricht. Er hatte nur vier Betten, die Zahl der Geburten war 1806 44, 1807 47, 1808 63, 1809 101, aber das Material wurde gut ausgenutzt. Als Gehilfen fungierten Danilewski und Risenko, später Richters Nachfolger von 1819—1826 und nach dessen Tode wurde Richter (Sohn) Professor. Richter jun. hatte zuerst in Moskau studiert, dann in Dorpat (Deutsch), Göttingen (Osiander), Berlin (Siebold). 1822 wurde er Adjunkt und 1826—1851 Professor. Der Bedeutendste war der ältere Richter und aus dessen Schule kamen Wenssowitsch (Prof. in Moskau), Mudrow (Prof. in Moskau), Lewitzki (Prof. in Moskau) und andere.

Ungünstiger war es in anderen Universitäten bestellt. In Kasan wurde Geburtshilfe vom Chirurgen Arnhold vorgetragen. Er war im Fach ganz unbewandert. Von

1815—1820 war Werderamo, ein Schüler der neapolitanischen Universität, und er trug lateinisch vor. Er blieb ohne Einfluß, bekam auch keine Klinik. Ihm folgte Wladimirski und bald darauf Lentowski. Ohne Vorkenntnisse, ohne Doktorgrad hat er 30 Jahre lang Geburtshilfe gelehrt, aber auch Vorlesungen gehalten nach Belieben über Physiologie, allgemeine Pathologie, gerichtliche Medizin, innere Klinik usw. Seine Klinik bestand aus 6 Betten und in den ersten neun Jahren waren 145 Geburten.

In Charkow war es nicht besser. Bis 1819 war Kamenski, der ohne Klinik blieb, ihm folgte Bogoroditzki bis 1828. 1829 kam Blumenthal aus Dorpat, Schüler von Deutsch. Er bekam eine Klinik mit 4 Betten, 20 Geburten, die Hebamme mußte jedesmal aus der Stadt geboten werden. Später waren 5 Betten und 46 Geburten bis 1836. Nach Blumenthal wurde A. Liubowski und nach dessen baldigem Tode Hahn berufen bis 1858. Beide Schüler Dorpats. Die Klinik wurde erweitert, neue Personen angestellt, eine gynaekologische Ambulanz eingerichtet.

In Dorpat war die Geburtshilfe zuerst mit der Chirurgie, dann mit der Veterinärkunde (!) verbunden. Als erster Professor für Geburtshilfe war Deutsch aus Halle oder Erlangen. Er war ein guter Lehrer und als seine Schüler sind zu bezeichnen: Kiter, Blumenthal, Hahn, Walther, Richter, alle Professoren. Deutsch führte auch den Unterricht in der Gynaekologie ein. Ihm folgte als Professor Walther 1834—1859. Die Klinik wurde vergrößert. Er war ein guter Lehrer, schritt aber nicht vorwärts. Seine Schüler Holst, Koch, Liubowski, Koslow, Professoren in Dorpat, Moskau, Charkow und Kasan.[1])

In Wilna waren die ersten Professoren für Geburtshilfe Matussewitsch und dann Miankowski. Genauere Daten sind dem Autor nicht bekannt. In Warschau, wo die Universität von 1817—1830 funktionierte, war die Geburtshilfe mit der Chirurgie vereinigt und als Professor fungierte Tschekirski.

Außer den Universitäten dienten zur medizinischen Ausbildung noch die medikochirurgischen Akademien in Petersburg, Moskau (1788—1844) und Wilna (1832—1842). Die bedeutendste war die Petersburger, die noch jetzt besteht. Für Geburtshilfe waren angestellt: Conradi, Ssucharew, Diakow und gleichzeitig mit Vortrag in deutscher Sprache Rudolph. Nur Theorie wurde gelehrt und auch lässig, eine Klinik war nicht vorhanden bis 1835. Von 1808—1835 war Professor Gromow, der ein guter Lehrer war, aber sich auch nur auf die Theorie beschränken mußte. 1835 wurde eine besondere Professur für Geburtshilfe nebst Frauen- und Kinderkrankheiten eingerichtet und Chotowitzki übergeben, der bei Osiander und Boer gearbeitet hatte. Er arbeitete die Pläne für die Klinik aus, die 1842 eröffnet wurde.

In Moskau war in der Akademie zuerst Popow 1818 ohne Bedeutung. Ihm wurde zugesellt Lewitzki 1818—1825. Er hat viele Schriften, Übersetzungen und Originale geliefert. Ihm folgte Korablew, der ein dreibändiges Handbuch mit Atlas ausgab. Bis zum Schlusse 1844 blieb die Akademie ohne Klinik. Von der Wilnaer, die zehn Jahre lang bestand, ist nichts mitzuteilen.

Die höheren medizinischen Schulen boten also in dieser Periode ihren Schülern ganz ungenügenden Unterricht in der Geburtshilfe, meist nur theoretischen (aber mit einer Ausnahme, Universität Dorpat, die gerade großes leistete [Ref.]).

Die älteste Gebäranstalt bei den moskauischen Findelhause vergrößerte sich von 20 auf 51 Betten, die Geburtenzahl stieg auf 457 jährlich mit 14 operativen Eingriffen. Von 2571 Gebärenden in 6 Jahren starben 18 = 0·7%. Ein Fortschritt bestand in der Einrichtung von Hebammenschulen. Leiter der Anstalt waren Richter, zuerst Vater, dann Sohn. Als Professoren fungierten Wenssowitsch, Danilewski, Klementowski, Korablew.

[1]) In dem Abschnitt über Dorpat verläßt Autor seinen objektiven Standpunkt. Er will Dorpat aus dem allgemeinen Rahmen ausschließen, und da es schwer geht, so drückt er die Verdienste möglichst herab. Was Dorpat geleistet hat, hat keine andere Universität in Rußland geleistet. Die Universität wurde unter denselben Bedingungen gegründet wie die anderen, die Mittel waren in Dorpat noch spärlicher, die Kliniken mangelhafter. Die Wahl des ersten Professors Deutsch war eine sehr glückliche. Er war ein seltener Mensch und ungewöhnlicher Lehrer. Bei dem mangelhaften Zustande der Hilfsmittel hat er fünf Schüler zu Professoren entwickelt und eine ganze Reihe anderer tüchtiger Geburtshelfer. Seine Schüler sind Kiter, Blumenthal, Hahn, Walther, Richter und andere. Er begründete zum großen Teil Dorpats Ruf. Seine Tätigkeit ist gut beschrieben von Professor Muratow in Kiew.

Die Gebäranstalt erfüllte die ihr gestellten Aufgaben. Die Leitung der Geburten war eine gute, die Sterblichkeit sehr gering. Die Therapie stand auf der Höhe der Zeit. 1842 vollführte Richter einen Kaiserschnitt mit günstigem Ausgang fürs Kind, ungünstigem für die Mutter. Richter erhielt als Anerkennung einen Brillantring.

Die Ausbildung der Hebammen wurde eine bessere, wenn auch die Zahl derselben nicht groß war. Das Material wissenschaftlich zu verwerten versuchte auch nur Richter sen.; nach ihm schlief dieses Bestreben ganz ein.

Spärlicher sind die Berichte von der Petersburger Gebäranstalt. Auch sie wurde vergrößert von 20 auf 45 Betten, die Geburtenzahl stieg auf 516. Die Hebammenschule wurde mit der Gebäranstalt vereinigt. Leiter der Anstalt war lange Zeit Suthof aus Göttingen und von 1835 an Scholtz. Angestellt wurden nur Deutsche.

Mehr Daten sind über das Hebammeninstitut (jetzt kaiserlich klinisches) vorhanden. Die Zahl der Betten blieb 20 und es wurde eine gynaekologische Ambulanz eingeleitet. Direktor war Suthof (bis 1830), dann Okel (bis 1838), Gruber (bis 1842). Als Professoren Beck, Scholtz, Gruber. Repetitoren Grün, Heil, Scholtz, Weidenbaum, Gedechen, Sauer. Die Geburtenzahl stieg allmählich auf 249, Sterblichkeit von 0—4·3%, die Zahl der ambulatorischen Kranken bis 415 jährlich. Der Hebammenkurs dauerte zwei Jahre. Entlassen wurden bis 1840 750 Hebammen, 17—24 jährlich. Auch hier waren nur Deutsche angestellt, die keine anderen Elemente hereinließen. Nur zwei wissenschaftliche Werke erschienen von Gruber, ein „Lehrbuch der Geburtshilfe" 1833 und „Über die Krankheiten der Gebärmutter" 1838, die erste russische Gynaekologie.

In der Literatur waren für diese Zeitperiode außer den angeführten Werken auch schon zahlreiche, kleine kasuistische Mitteilungen und anatomische Beschreibungen erschienen. Von gynaekologischen ist hervorzuheben die Arbeit von Muchin über Eierstockszysten 1811.

Dritte Periode von 1840—1880.

Die ersten 15 Jahre dieser Periode zeigten wenig Fortschritte und jede freiere Regung und Entwicklung wurde von der Herrschernatur Nikolaus I. unterdrückt. Trotzdem erweiterten sich die Kliniken, die Gynaekologie trat mehr hervor und nach einzelnen Mißgriffen kamen die entsprechenden Persönlichkeiten an den Platz.

Mit dem Regierungsantritt Alexander II. nach dem Krimkriege trat frisches Leben überall auf. Die Zahl der Lernenden wächst, die Tore der Schulen und Universitäten werden weit geöffnet, die Leibeigenschaft aufgehoben, Selbstverwaltung gegeben. Auch die Geburtshilfe wird dadurch berührt, die Kliniken, geburtshilfliche und gynaekologische, werden Studenten und Ärzten zur Arbeit freigestellt. Dazu kommt die Umwälzung in der Medizin, die Virchow hervorgerufen.

Wie oben erwähnt, wurde die Petersburger Klinik 1842 neu eröffnet. Sie bestand für Geburtshilfe aus 14 Betten, für Gynaekologie und für Kinderkrankheiten aus je 10 Betten. Der bisherige Leiter und Begründer Chotowitzki wurde nicht zum Leiter gewählt, sondern sie wurde Prof. Miankowski übergeben. Miankowski war Professor für Physiologie und Adjunkt der therapeutischen Klinik in Wilna an der chirurgischen Akademie. Er war aus Versehen verwickelt in einen politischen Prozeß und mußte 14 Monate im Gefängnis sitzen. Als seine Unschuld zutage trat, wollte die Regierung ihm eine Entschädigung bieten. Nach einer vorherigen Anfrage beim Volksminister Uwarow über die Spezialität Miankowskis und erhaltenem entsprechenden Bescheid, bestimmte Graf Kleinmichel ihn zum Professor der Psychiatrie (!). Um von der Psychiatrie loszukommen, ging Miankowski zuerst zur Hospitalklinik und dann, die Vakanz benutzend, zur geburtshilflich-gynaekologischen Klinik über. Geburtshilfe war ihm ein unbekanntes Gebiet und dementsprechend wurde die Klinik geleitet. Das meiste tat sein Adjunkt Chomenko, ein gebildeter und erfahrener Schüler Chotowitzkis. In der gynaekologischen Abteilung lagen alle möglichen kranken Frauen, aber keine gynaekologischen Kranken.

Im Laufe eines Jahres, da Florinski als Student die Klinik besuchte, untersuchte Miankowski ein einzigesmal eine Kranke und die feierliche und lange Anrede an die Kranke, um ihre Einwilligung zu diesem zarten und wichtigen Akte zu erlangen, erregte die größte Heiterkeit bei den Studenten, um so mehr, als die Kranke im ganzen Stadtteil bekannt war. Gewöhnlich stellten die Hebammen die Diagnosen

und meist eine stereotype: Senkung des Uterus, Ausfluß und Leibgeschwulst. Dementsprechend war die Therapie.

Es wurden auch Operationen gemacht, die machte der berühmte Pirogow, der Professor der Chirurgie damals war. Er machte eine Scheidenfisteloperation, Exstirpation des Uterus infolge von Krebs (†), Zervixamputation, Uteruspolypen, Perineoplastik. Pirogow stellte noch Versuche mit Chloroformierung bei Operationen an und suchte Narkose zu bewirken durch Einführen von Ätherdämpfen ins Rektum (mit Erfolg). Eine große Veränderung trat ein, als nach Chotowitzkis Abschied 1848 Kiter die Stelle erhielt, wobei ihm auch die geburtshilfliche Abteilung übergeben wurde.

Kiter, ein Zögling Dorpats, ein Schüler Deutschs, war zuerst Assistent Pirogows und dann Professor für Chirurgie in Kasan. Mit Kiter beginnt eine neue Epoche. Er war durch Deutsch geburtshilflich-gynaekologisch geschult, chirurgisch ausgebildet und erkannte, daß die Geburtshilfe und Gynaekologie nach chirurgischen Prinzipien geleitet werden müssen. 1857—1858 gab er sein Handbuch für Geburtshilfe heraus, das wenig Originelles enthalten konnte, und 1858 sein Handbuch für Frauenkrankheiten, das ganz auf eigenen neuen Beobachtungen und Erfahrungen beruhte und das die chirurgischen Grundsätze konsequent durchführte. Damit ist er der Begründer der russischen Gynaekologie geworden.

Er war Anhänger Semmelweis' und stellte dementsprechende Vorschriften auf. Er war ein kühner und zielbewußter Operateur und vollführte früher ungekannte Operationen, wie Exstirpation des krebsigen Uterus, Laparotomie bei 14 Monate dauernder und zuletzt abgestorbener Bauchschwangerschaft (die Kranke starb 11 Tage später an Tuberkulose), operierte Gebärmuttervorfälle, Blasenfisteln usw.

Alles Außergewöhnliche mußte genau beobachtet und beschrieben werden, genaue Rechenschaftsberichte wurden verlangt. Er gab den Kliniken die wissenschaftliche Richtung und führte sie durch.

Während bei Miankowski die Zange in 10% angelegt wurde, Perforation in 9%, Embryotomie in 4·5% erfolgte, wurde bei Kiter die Zange in 5·5% der Fälle gebraucht, Perforation in 0·5% und Embryotomie in 0·5%, dafür Wendung und Extraktion häufiger. Trotz seiner ganz richtigen Vorschriften hatte er zuweilen mit Puerperalepidemien zu kämpfen, so daß er die Anstalt zeitweise schließen mußte. Seine Schüler waren Krassowski und Florinski.

Krassowski wurde zuerst als Gehilfe Kiters angestellt, dann ins Ausland auf ein Jahr geschickt, wo er alle bedeutenden Kliniken Frankreichs und Deutschlands besuchte, und als dann Kiter die chirurgische Klinik übernahm und Miankowski in Abschied ging, wurde Krassowski Professor der Geburtshilfe und Gynaekologie 1858—1876. Da er alle Arbeit nicht bewältigen konnte, so überließ er die theoretischen Vorlesungen und die Kinderklinik seinem Gehilfen Florinski und behielt für sich die Leitung der geburtshilflichen und gynaekologischen Klinik, die er noch durch die Frauenabteilung der Hospitalklinik erweiterte. In dieser waren früher kranke Frauen. Krassowski füllte sie allmählich mit gynaekologischen Kranken, und als 1873 die Universitätsklinik in neugebaute Räume überging, blieb die frühere Abteilung bestehen. So entstanden zwei Kliniken für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten und die frühere wurde dann Horwitz übergeben. Die Zahl der gynaekologischen Kranken stieg bald und erreichte am Ende 300—400 Personen jährlich. Horwitz war ein guter Beobachter, ihm fehlte aber die chirurgische Ader. Er gab ein gutes Handbuch alter Schule heraus.

Krassowski brachte Ordnung in die Klinik, aber zum Operieren entschloß er sich die ersten vier Jahre nicht und die nötigen Operationen führte noch Kiter aus. Erst seit 1862, nach einer günstig verlaufenen Ovariotomie, fing er selbst an, die nötigen Operationen auszuführen. In 15 Jahren hat er in der Klinik 27 Ovariotomien gemacht mit 50% Sterblichkeit. Damm- und Vorfalloperationen 3, Fisteloperationen 9, Inversio uteri 1mal (tödlich), Supravaginalamputationen 2mal, beide tödlich; kleinere operative Eingriffe waren häufig. In der geburtshilflichen Abteilung wurde dreister operiert und auch der Kaiserschnitt gemacht, 2mal an der Lebenden und 2mal an der Gestorbenen, die Morbidität und Mortalität war aber eine sehr große, 50, resp. 9·1%. So war die Sterblichkeit der Mutter nach der Zange 17%, nach der inneren Wendung 22%, nach der Perforation 43%; die Sterblichkeit der Kinder nach der Zange 35%, bei der Wendung 55%.

Die Ambulanzen entwickelten sich bedeutend und dienten zum Teil als Unterrichtsmaterial, andrerseits lieferten sie das Material den Kliniken. Ärzte erhielten leicht Zutritt zu den Ambulanzen und Kliniken und konnten sich hier spezialisieren. Unter ihnen sind zu nennen: Slavianski, Tolotschinow, Rein, Ssutugin, Tarnowski, Dobrinin und andere.

Die wissenschaftliche Tätigkeit der Klinik wurde von Krassowski sehr entwickelt, mehr als 50 wissenschaftliche Arbeiten erschienen unter seiner Leitung aus dem Laboratorium, das zuerst Florinski und dann Slavianski leitete. Die rege wissenschaftliche Tätigkeit ist das Hauptverdienst Krassowskis.

In Moskau waren 1848 neue Kliniken eröffnet und die Zahl der Geburten stieg bald auf 900, es erschienen auch eine Reihe von Arbeiten. Die Sterblichkeit war in Moskau niemals sehr hoch, die höchste 4·2%. Die Gynaekologie lag aber ganz darnieder. Bis 1865 waren 4 Ovariotomien gemacht worden. Sneguirew schildert die Ausführung einer Ovariotomie von Nowatzki 1870. Es waren viele Professoren und Chirurgen zur Operation gekommen und umringten dicht die Kranke. Die Instrumente lagen in einer Mulde, die Schwämme in Schüsseln mit warmem Wasser, die Nadeln mit eingezogener Ligatur staken in einem Talglicht. Der Operateur machte einen Schnitt, der erste beste holte sich einen Schwamm, um abzutupfen. Es war eine große Kolloidzyste, die Flüssigkeit wollte nicht herausfließen, obgleich ein jeder etwas nachhalf und um seine Meinung befragt wurde. Ein jeder versuchte etwas, nichts half. Nach drei Stunden waren alle müde und suchten irgendwie loszukommen. Endlich wurde die Operation irgendwie beendet. Die Kranke ließ man auf dem Operationstisch, wo sie nach einigen Stunden starb. Sneguirew ging ins Ausland und 1874 zurückgekehrt wurde er Dozent und erhielt in der Klinik Sacharins ein Zimmer mit 4 Betten als gynaekologische Klinik. In der geburtshilflichen Klinik war auf Richter Koch aus Dorpat gefolgt und nach Koch Tolski, der nur die Kinderklinik behielt. Die geburtshilfliche Abteilung erhielt Makeew und die gynaekologische Sneguirew.

In Kasan war bis 1853 Lentowski. Besser wurde es bei dessen Nachfolger Koslow, einem Schüler Walthers in Dorpat. Die Klinik wurde erweitert und der geburtshilfliche Unterricht gut geleitet. Die Gynaekologie wurde aber vernachlässigt. Mit der Klinik wurde auch eine Hebammenschule eingerichtet. Ein anderer Geist zeigte sich, als 1876 Slavianski die Professur erhielt.

In Charkow war bis 1862 Hahn Professor, ihm folgte Lasarewitsch, ein begabter, energischer und origineller Mensch. Auch als Gynaekologe wurde er bekannt. Er betrat die chirurgische Richtung und führte seit 1869 Ovariotomien aus. Auf den parasitären Ursprung der Krankheiten wies er hin und 1870 gab er einen Atlas für die mikroskopische Fauna und Flora der Scheide heraus. 80 wissenschaftliche Arbeiten, darunter ein Handbuch hat er veröffentlicht. Sein Streben nach Neuerungen war zuweilen zu stark ausgesprochen. Eine Hebammenschule wurde auch bei der Klinik eröffnet.

In der Universität Kiew, die 1833 gegründet wurde, wurde die medizinische Fakultät 1841 eröffnet und Professor für Geburtshilfe wurde Matwejew bis 1882. Er hatte in Moskau und dann im Auslande studiert, war nur Geburtshelfer. Gynaekologisch operierte er nie und überließ das seinen Assistenten. Die Klinik war klein und schlecht eingerichtet. Sein Schüler war Lasarewitsch. Matwejew hat ein Handbuch herausgegeben.

In Warschau wurde die Universität reorganisiert 1869. Für Geburtshilfe war Tirchowski, für Gynaekologie Dozent Neugebauer. Neugebauer, ein hervorragender Gynaekologe mit chirurgischer Richtung, leistete Hervorragendes in der chirurgischen Plastik, bei Fisteloperationen, Defekten. Ovariotomien machte er seit 1867. Sein Spiegel ist weltbekannt. Er erhielt vom Staat nicht das entsprechende Wirkungsfeld, hat zahlreiche Arbeiten und Sammlungen veröffentlicht. In der geburtshilflichen Klinik, die auch als Hebammenschule diente, herrschten ungünstige Verhältnisse, daher Sterblichkeit über 9% und Morbidität 40%. In Dorpat, das eine ganz deutsche Universität darstellte, war bis 1859 Walther, ihm folgte Holst. Es war eine gynaekologische Klinik vorhanden, operiert wurde nicht bis Anfang der 80er Jahre.[1])

[1]) An Dorpat sieht man den kolossalen Einfluß der Persönlichkeit. So viel wie Deutsch Dorpat genützt hat, so viel hat Holst Dorpat geschadet. Er hat den Zeitgeist nicht begriffen, war nicht imstande mitzuschreiten, stand still, und das ist Rückschritt. Von der

Geht man auf die staatlichen Gebärasyle über, so muß man wieder mit dem größten, dem Moskauschen, anfangen. Auf Richter und Koch folgte Hugenberger. Die Anstalt wuchs, 1875 waren 3420 Geburten. Außer 10 dauernd angestellten Ärzten waren noch 10 externe. 1870 wurde auch eine gynaekologische Ambulanz und später eine stationäre Abteilung eingerichtet.

Das Petersburger Gebärhaus wurde bis 1852 von Scholtz, dann bis 1870 von Schmidt geleitet und von 1871 an kam es unter Krassowskis Verwaltung. Auch hier stieg die Zahl der Geburten von 718 auf 2339. Die Sterblichkeit schwankte, betrug im Durchschnitt 5%, zu Zeiten von Puerperalepidemien stieg sie bis auf 27%. Die von Krassowski eingerichtete Ambulanz und gynaekologische Abteilung vergrößerte sich schnell. Von 1873—1876 waren 141 Kranke mit 14 Ovariotomien. Die Hebammenschule wuchs, lieferte jährlich 37—62 Hebammen und 16—23 Wärterinnen. 10 Internate waren für Ärzte eingerichtet. Die zweite Gebäranstalt wurde nach Grubers Abgang von Gedechen bis 1847, dann von Seidlitz und Weidenbaum, von 1848 bis 1874 von Etlinger geleitet. 1874 wurde Balandin ernannt. Die Geburtenzahl stieg von 312—942 jährlich. Die gynaekologische Abteilung war nicht groß, 40 jährlich. Aus der Hebammenschule wurden gegen 50 Hebammen und 80 bis 100 Wärterinnen entlassen. Interne und externe Ärzte. Zwei neue Gebäranstalten wurden gegründet, 1870 in Petersburg das Mariengebärhaus, das Horwitz leitete, und 1868 in Moskau das Gebärhaus beim Galitzinschen Krankenhause.

Auch in vielen anderen Städten wurden Gebärkliniken eingerichtet, so in Tiflis, mit Hebammenschulen. In den meisten Krankenhäusern wurden gynaekologische Abteilungen eröffnet. Als 1870 die städtische Selbstverwaltung eingeführt wurde, wurde die Sorge für die Krankenhäuser der Stadtverwaltung übertragen, ebenso bei der Selbstverwaltung der Landschaft. Das gab den Anlaß zur Gründung und Einrichtung zahlreicher Gebärabteilungen und auch gynaekologischer Abteilungen bei den Krankenhäusern. Kleine Gebärasyle wurden in den größten Städten eröffnet. Solche Asyle waren 1875 in Petersburg 10, 5 städtische und 5 private. Die Zahl der Geburten nahm schnell zu, die Sterblichkeit war gering. Viele Provinzialstädte folgten dem Beispiel Petersburgs. Die russische Geburtshilfe und Gynaekologie wurde immer selbständiger und der Übergang in die vierte Periode, die Gegenwart, charakterisiert durch die Herrschaft der Antisepsis und Asepsis, vollzog sich allmählich.

Wernitz (Odessa).

Sammelreferate.

Gynaekologische Diagnostik.

Sammelreferat von Dozent Dr. **Wilhelm Fischel**, Prag.

Birnbaum Richard: **Die Erkennung und Behandlung der Urogenitaltuberkulose mit Kochschen Tuberkulinpräparaten.** (Zentralbl. f. Gyn., 1907, pag. 1179.)

Pankow: **Das Alttuberkulin Kochs als Diagnostikum in der Gynaekologie.** (Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 42.)

Blumenthal Richard: **Ergebnisse der Blutuntersuchung in der Geburtshilfe und Gynaekologie.** Ein Beitrag zur Kenntnis der Leukozytose, ihrer Verwertung zur sicheren Diagnose von Eiterbildung und zum Studium der Anämie. (Hegars Beiträge, XI. Bd., pag. 414.)

Albrecht Hans: **Die praktische Verwertbarkeit der Leukozytenbestimmungen für die Diagnose entzündlicher Erkrankungen des weiblichen Genitale.** (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. LXI, pag. 8.)

Aulhorn Erich: **Ergebnisse der Blutuntersuchung in der Gynaekologie.** (Alte und neue Gynaekologie, Festschrift für Geheimrat v. Winckel. München, J. F. Lehmann.)

---

führenden Rolle, die Deutsch errungen hatte in geburtshilflich-gynaekologischer Beziehung, sank Dorpat ganz herab. Mit Kiter, dem geistigen Erben Deutsch', ging die führende Rolle auf Petersburg über. (Ref.)

Hitschmann F. und Adler L.: **Die Lehre von der Endometritis.** (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. LX, pag. 63.)
Theilhaber: **Die Variationen im Bau des menschlichen Endometrium und die chronische Endometritis.** (Münchner med. Wochenschr., 1907, Nr. 23.)
Schwab Max: **Zur Histologie der chronischen Endometritis.** (Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 29.)

In den letzten $4^1/_2$ Jahren wurden in der Göttinger Frauenklinik 100 Fälle diagnostische Tuberkulininjektionen vorgenommen. In einer Zahl von klinisch unklaren Fällen von fixierter Retroflexio mit Adnexerkrankungen ermöglichte die Tuberkulininjektion die sichere Diagnose. Einmal blieb die Injektion negativ bei vorgeschrittener Tuberkulose.

Positive Reaktion bei tuberkelfreien Fällen kam nicht vor. Bei Hysterie bei dekrepiden Personen und zur Zeit der Menstruation könnten vielleicht auch bei fehlender Tuberkulose positive Reaktionen vorkommen. Manchmal war die Reaktion sehr schwach und die Diagnose blieb zweifelhaft.

Bei frischen Fällen tritt schon bei 0·1 *mg* die Reaktion ein; bei älteren Personen müßten höhere Dosen, bis 10 *mg*, verwendet werden. Die lokale Reaktion fehlt bei zwei sicher tuberkulösen Fällen. Sorgfältige Temperaturmessung. Mit den therapeutischen Erfolgen war B. zufrieden in Fällen von tuberkulösem Aszites, trockener Peritonealtuberkulose, tuberkulösen Adnexschwellungen und Blasenerkrankungen.

Pankow hat die Birnbaumschen Angaben zum Teil bemängelt, weil letzterer die lokale Reaktion ohne Kontrolle durch Operation oder Obduktion für einen ausreichenden Beweis ansieht. Pankow ergänzte diese Lücke. Pankow hat 32 zweifelhafte chronische Adnexerkrankungen injiziert und fand 1. Fälle, wo Reaktion und histologische Untersuchung negativ; 2. Fälle, wo Reaktion positiv war bei negativem histologischem Befunde; 3. Fälle, wo Reaktion und histologische Untersuchung beide positiv waren; 4. Fälle mit negativer Reaktion und positivem histologischen Befunde.

In der 2. Gruppe 3 Fälle, von denen einer vielleicht durch die Menstruation bedingt war. In der 4. Gruppe 5 Fälle mit positiver allgemeiner, aber fehlender lokaler Reaktion bei nachgewiesener Tuberkulose. Den Hauptwert der Tuberkulininjektion sieht Pankow bei beginnender Nierentuberkulose.

Blumenthal hat neben der Leukozytenzahl auch die Zahl der Erythrozyten, den Hämoglobingehalt und die Prozentverhältnisse der verschiedenen Leukozytenarten bestimmt. Die Bestimmungen in der normalen und pathologischen Schwangerschaft und Geburt berechtigen durch ihre geringe Zahl (30) nicht zu allgemeinen Schlüssen, haben auch kein diagnostisches Interesse.

Bei gynaekologischer Erkrankung zeigt sich bei 4 nicht eitrigen und 11 eitrigen Fällen, daß einerseits die Leukozytenzahl bei Abwesenheit von Eiter 10.000 überschreiten kann, während diese Zahl in zwei von den Eiterfällen nicht erreicht wurde. Die polynukleären Leukozyten schwanken zwischen 86 und 62%; auch ein nichteitriger Fall erreichte 70%. Die Eiterfälle überschreiten alle diese Zahl: aber bei dem nichteitrigen Falle war die Gesamtleukozytenzahl 6800. Blumenthal folgert aus diesen Beobachtungen, daß die Anwesenheit von Eiter nur erschlossen werden kann bei mindestens 10.000 Leukozyten mit 70% Polynukleären. Aber bei Anwesenheit von puerperalen Verhältnissen, die oft die Leukozytose erhöhen, hält Blumenthal selbst auch diese Formulierung nicht für sicher.

Aus dem Prozentsatz der Eosinophilen lassen sich keine sicheren Schlüsse ziehen; ebensowenig aus dem Befunde der anderen Myelo- und Lymphozyten. Im allgemeinen herrscht kein unbedingter Parallelismus zwischen Fieber und Leukozytose. Bei sinkendem Fieber sinkt der Prozentsatz der Polynukleären; die Zahl der Eosinophilen steigt

mit vorschreitender Heilung. Die Jodreaktion und die Gerinnungsfähigkeit des Blutes sind diagnostisch nicht verwertbar. Blumenthal faßt das Ergebnis dieses Teiles seiner Untersuchungen dahin zusammen, daß eine erhebliche polynukleäre Leukozytose nicht das Zeichen von Eiter, sondern von Eiterbildung ist. Der frisch gebildete Eiter kann ohne Fieber bestehen und nur durch die Leukozytose diagnostiziert werden. Bei diesem Befunde werden wir gewarnt, eine floride Eiterung durch das Peritoneum zu entleeren.

Gegen die von Arneth gebildete und von Wolf ausgeführte Lehre, daß die höhere Zahl von Kernfragmenten prognostisch bedeutungsvoll ist, wendet sich Blumenthal, indem er darauf hinweist, daß die größere Kernzahl zwar ein höheres Alter, aber nicht eine höhere Kampfkraft beweise, vielmehr in vielen Fällen das Zeichen einer Degeneration sei. Für die anämischen Zustände bei tubarem Abort, bei Myom, Chorionepitheliom, Endometritis ergaben sich keine diagnostisch verwertbaren Ergebnisse. Ebensowenig die Blutbefunde bei bösartigen Geschwülsten des Uterus und der Eierstöcke, auch nicht bei gutartigen Eierstocksgeschwülsten. Ebensowenig hat die Menstruation einen charakteristischen Einfluß auf das Blutbild.

Ferner bespricht Blumenthal das Zustandekommen, Ursachen und Bedeutung der Leukozytose. Die Polynukleose entsteht bei jeder nicht tödlichen Infektion, bei Traumen, Ermüdung, Schwangerschaft und Geburt. Die Mononukleose zeigt sich bei der Verdauung und bei der Rekonvaleszenz. Die gesteigerte Polynukleose ist die Reaktion auf eine Infektion; gesteigerte Mononukleose begleitet den Heilungsvorgang. Die Steigerung der Eosinophilen deutet auf Heilung. Blumenthal weist aber die Ansicht Cunningtons zurück, der bei 1% Eosinophilen jede aktive Eiterung ausschließen wollte. Blumenthal fand bei Eiterfällen bis 3% Eosinophile.

Die Eosinophilen verschwinden beim Eintreten eklamptischer Anfälle, nach deren Aufhören sie wieder erscheinen. Das Auftreten von Myelozyten im Blute kommt bei entzündlichen Krankheiten häufig vor, sie geben den Maßstab für die Inanspruchnahme des Knochenmarkes; bei nicht entzündlichen Krankheiten bezeichnen sie mit der gleichzeitigen Herabsetzung des Hämoglobingehaltes die allgemeine Schädigung. Aus den Myelozyten reifen die Polynukleären heran.

Die aktive Leukozytose mit über 10.000 Leukozyten und 70% Polynukleären hält Blumenthal für ein sicheres Zeichen von Eiterung bei gynaekologischen Fällen. Eiterung ist auszuschließen, wenn bei akuter Erkrankung und höchster Temperatur diese Zahlen nicht erreicht werden; bei chronischen Zuständen bedeutet ein negativer Befund nichts; hier bedeutet er nur das Fehlen von frischer Eiterung. Zum Schlusse berichtet Blumenthal über Hämoglobingehalt, über die Blutbeschaffenheit bei einer Reihe nicht entzündlicher Genitalkrankheiten. Es ist wertvolles Material; aber diagnostische oder prognostische Bedeutung bestreitet er selbst.

Im ersten Teile seiner umfangreichen Arbeit beschränkt sich Albrecht bloß auf die Besprechung der quantitativen Verhältnisse der Leukozytose. Nachdem er auf die nichtentzündlichen Ursachen der Leukozytose: Verdauung, Schwangerschaft, Entbindung und Wochenbett, Kachexie, Blutverluste, Kochsalzinfusionen u. a. hingewiesen, beschränkt er sich auf jene Fälle, die eine differentialdiagnostische Wichtigkeit erhoffen lassen. In leichten Fällen von akuter Pelveoperitonitis, palpablem Adnextumor, Exsudat, Abszeß, puerperaler Sepsis und postoperativen Entzündungen fand Albrecht auch bei stürmischem Beginne niedere Leukozytenzahlen von 7000 bis 14.000, bei schneller Besserung der subjektiven und objektiven Erscheinungen auch schnellen Rückgang der Leukozytose, welcher auch bei mehrtägigen schweren subjektiven Er-

scheinungen die Besserung beweist, wenn die guten objektiven Erscheinungen, besonders Fehlen eines Lokalbefundes mit ihm übereinstimmen. Bei längerer Dauer der Krankheit mit steigender Leukozytose findet sich ausnahmslos ein Adnextumor.

Bei schweren Fällen deuten hohe Zahlen von 20.000 und darüber auf Streptokokken- und Koliinfektion. Weiteres Ansteigen der Leukozytose deutet auf Eiterung. Hohe Leukozytenzahlen bei Adnextumoren sprechen immer für Eiterung. Hohe Leukozytose bis 22.000 im Anfange mit schnellem Absinken erwiesen sich 7mal als eiterfrei. Wir sehen also, daß bei akuten Bauchfellentzündungen die einmalige Leukozytenzählung nur untergeordneten Wert hat, während die wiederholte große Sicherheit für Verlauf und Ausgang gibt. Niedrige Leukozytenzahlen bei Adnextumoren schließen Eiter nicht aus; sie sind begründet entweder in erschöpfter Reaktionskraft oder in schwieliger Abkapslung des Eiterherdes.

Eine Differentialdiagnose zwischen Hämatokele und Abszeß läßt sich auf den Leukozytenbefund nicht gründen (Gegensatz zu Pankow). Bei 9 frisch geplatzten Extrauterinschwangerschaften zeigte sich anämische Leukozytose 12.000 bis 25.000. Bei leichten Fällen von Sepsis und auch bei schweren gibt die Leukozytenzählung nichts für die Diagnose Verwertbares. Zahlen zwischen 8000 bis 12.000 bei 2 letalen Fällen sprechen für mangelhafte Reproduktionskraft des Blutes, oder auch für lokale Zurückhaltung der Leukozyten im Krankheitsherde. Aber hochgradige Leukozytose bedeutet keine günstige Prognose. Albrecht fand bei 5 Fällen letaler Sepsis und Pyämie 25.000—26.000.

Bei einem Falle von Bakteriämie 41.000 Leukozyten. Bei lymphogener Ausbreitung des Infektionsprozesses schwanken die Zahlen auch zwischen 17.500 und 40.000. Bei 6 leichten Infektionen nach Abortus zwischen 13.000 und 17.600. Bei Tuberkulose des Genitale und des Peritoneum schwanken die Leukozyten zwischen 8400 und 10.000. Bei postoperativen Infektionen bietet die Leukozytenzählung keine Stützen für die Prognose. Bei malignen Tumoren fand Albrecht 5mal zwischen 11.000 und 20.000 Leukozyten, ohne daß Eiterung vorhanden war, aber im allgemeinen kann man nicht von kachektischer Leukozytose sprechen.

In einem zweiten Teile seiner Arbeit bespricht Albrecht den Wert der qualitativen Leukozytenbestimmung für die Diagnose. Daß die Arneth-Wolfsche Ansicht von der günstigen Bedeutung einer höheren Kernzahl nur hypothetisch sei, begründet er damit, daß dieselbe zwar ein Zeichen des höheren Alters, nicht aber ein solches der höheren Kampfkraft der Polynukleären sei, sondern auch ein Degenerationszeichen sein könne. Die von Blumenthal aufgestellte Formel, daß bei 10.000 Leukozyten 70% Polynukleäre sicher Eiterung beweisen, hält er für unerwiesen, da in 6 als eitrig bezeichneten Fällen Blumenthals ein sicherer Nachweis des Eiters nicht beigebracht ist. Da bei entzündlicher Leukozytose dieselbe parallel geht der Vermehrung der Polynukleären, so dürfte die gesonderte Zählung der letzteren kein anderes Resultat geben als die einfache Zählung der gesamten Leukozyten.

Dagegen kann das Verschwinden der Eosinophilen für die Schwere der Erkrankung sprechen. Abfall der Polynukleären mit Abnahme aller Leukozyten spricht für Rückgang der Infektion. Plötzlicher Abfall der Polynukleären bei zunehmender Leukozytenzahl ist prognostisch ungünstig, da sie auf Erschöpfung der Blutbildungsstätten beruht. Auch plötzlicher Abfall der Gesamtlymphozyten ist absolut infaust. Dagegen begleitet Zunahme der Mononukleären und der Eosinophilen den Eintritt der Heilung.

Die Untersuchungen Aulhorns beziehen sich hauptsächlich auf Hämoglobingehalt, Zählung der roten und weißen Blutkörperchen. Die Befunde bei 87 Myomen, 29 Ovarial-

kystomen, 28 Uteruskarzinomen, 8 Pyosalpinxfällen, 6 Tubarschwangerschaften, 6 chronischen Appendizitiden, 6 Fibrosis uteri bieten schätzbares Material, aber wenig für die Diagnostik verwertbares. Bei Myomen spricht geringer Hämoglobingehalt für starke Schwächung; gleichzeitig verminderte Leukozytenzahl verschlechtert die Prognose, da sie eine Schädigung der blutbereitenden Organe andeutet. Bei den Ovarialkystomen war 6mal die Leukozytenzahl über 10.000; davon war ein Fall nicht eitrig; die fünf anderen Fälle waren zum Teil solche mit Eiterung, zum Teil solche mit Stieldrehung. Bei den Karzinomen fand Aulhorn den Blutbefund bemerkenswert günstig. Bei den Pyosalpinxfällen besteht nur in der Hälfte der Fälle Leukozytose; ebenso in 2 Fällen von Tubargravidität, wo sie als posthämorrhagische auftritt, so daß für diese zwei Zustände die Bluntersuchung keine differentialdiagnostische Bedeutung hat. Bei den als Fibrosis uteri bezeichneten Fällen fehlte die bei Myomen so oft beobachtete posthämorrhagische Leukozytose.

Nach jahrelangen Untersuchungen kommen Hitschmann und Adler zu dem Ergebnisse, daß die seit Ruge und Veit allgemein angenommene Diagnostik der Endometritiden auf mangelhafter Basis, nämlich auf ungenauer Kenntnis der normalen Anatomie der Uterusschleimhaut und gleichzeitig auf ungenügender Erkenntnis des histologischen Bildes der Entzündung aufgebaut war. Die normale Uterusschleimhaut ist während des vierwöchentlichen Menstruationszyklus in beständiger Umwandlung. Im postmenstruellen Stadium sind die Drüsen schmal, in weiten Zwischenräumen gestreckt verlaufend, im Epithel zahlreiche Mitosen. Wenige Tage später wachsen die Drüsen, sie verlängern, erweitern und nähern sich, werden korkzieherartig. 7 bis 8 Tage vor der Menstruation werden diese Veränderungen noch stärker, besonders in der Tiefe, während an der Oberfläche das interstitielle Gewebe überwiegt, hier ein kompaktes, in der Tiefe ein spongiöses Aussehen gewinnt; das Epithel sezerniert, das Bindegewebe der Oberfläche wird deziduaähnlich. Diese Veränderungen sind ganz normal und wurden bisher für entzündlich gehalten. Die Drüsenvermehrung, die bisher zur Diagnose der Endometritis gland. hyperplastica verwendet wurde, ist nichts als eine normale prämenstruelle Erscheinung. Nur wenn diese Vorgänge einen exzessiven Charakter annehmen, müssen wir sie als Hyperplasia glandularis bezeichnen; für Entzündung fehlt jeder Anhaltspunkt.

Das gleiche gilt von der Endometritis glandularis hypertrophica. Die von Ruge und allen Nachfolgern beschriebenen Bilder entsprechen der letzten prämenstruellen Woche. Das Drüsenlumen wird weiter, die Wände falten sich und treiben leistenförmige papilläre Vorwölbungen mit büschelförmigem Epithel; oft sind alle Übergänge gleichzeitig zu sehen. Das Protoplasma der Epithelien quillt, die Zelle wird höher. später mit Abbröckelung des Protoplasmas, das Sekret bildet, wird die Zelle wieder kürzer. Mitosen fehlen in diesem Stadium. Hitschmann und Adler fanden diese Bilder in den Fällen der prämenstruellen Zeit ausnahmslos. Jedenfalls haben diese Drüsenveränderungen mit Entzündung nichts zu tun. Die eigentliche Entzündung sitzt immer im Zwischengewebe. Die akute kann in der Klinik nicht studiert werden, da hierbei kein Gynaekologe eine Abrasio vornimmt; selten die subakute, am häufigsten die chronische. Von den verschiedenen Zellen des Stroma sind nur die Plasmazellen für die Entzündung beweisend; andere Rundzellenanhäufungen sind oft nur Follikel. Im normalen Endometrium fehlen Plasmazellen. Bei Endometritis infolge Adnexentzündungen sind sie immer vorhanden; ebenso bei Endometritis post partum oder abortum; sie können bei Rückgang der chronischen Endometritis allmählich seltener werden. Ebenso finden sie sich bei Endometritis der Zervix. Die spindelförmigen Elemente des Stroma.

die man seit Ruge als Umwandlungsformen der runden Zellen als Charakter der chronischen Endometritis angesehen hatte, sind nicht für die Diagnose derselben zu verwerten. Bei der Heilung der akuten Endometritis finden Hitschmann und Adler zwei Stadien: 1. Bindegewebsneubildung bei noch vorhandener Exsudation von Rundzellen; 2. dieselbe ohne Rundzellen mit Vorherrschaft der spindligen Elemente. Die Plasmazellen finden sich massenhaft noch nach 1—2jähriger Dauer. Erst spät verschwinden die Plasmazellen und es bleibt Bindegewebsneubildung übrig. Letztere kann aber auch aus anderen Vorgängen entstehen, in Fällen, wo nie Entzündung vorgelegen. Die Diagnose chronischer Endometritis kann daher nicht aus der Anwesenheit spindeliger Elemente aufgebaut werden. Auch die Stromazellen der oberflächlichen Schleimhautschicht sind während des vierwöchentlichen Zyklus unter normalen Umständen nicht fix. Im Intervalle eine typische Spindelzelle mit länglichem Kern ohne Protoplasma wird sie prämenstruell zu einer runden oder länglichen Zelle mit deutlichem Protoplasmahof. Die Schleimhaut zerfällt prämenstruell, ähnlich wie die Dezidua in eine oberflächliche Kompakta und eine tiefere Spongiosa. Alle diese Veränderungen der Uterusschleimhaut in der prämenstruellen Zeit wurden früher für Zeichen der Entzündung gehalten. Für die Diagnose der Entzündung bleiben also nur maßgegend die Plasmazellen. Aus den klinischen Beobachtungen folgern Hitschmann und Adler, daß Blutungen nicht eintreten, solange die Entzündung auf das Endometrium beschränkt ist; selbst bei Tubenerkrankung fehlen sie; sie treten erst auf, wenn das Ovarium erkrankt ist.

Nachdem Theilhaber schon in früheren Arbeiten gezeigt hatte, daß die für die Endometritis als beweisend hingestellten histologischen Bilder in Wirklichkeit nichts anderes sind als physiologische Veränderungen, bearbeitet er neuerdings ein Material von 100 Schleimhäuten in 8 Gruppen: 1. Ausfluß ohne Gonorrhöe; 2. Blutungen; 3. ganz gesunde; 4. von kleinen Kindern; 5. von älteren ganz gesunden; 6. von gonorrhoischer Endometritis; 7. von Abortus oder Geburt; 8. von verschiedenen Tagen bei denselben Frauen. Es fanden sich die Endometritisbilder bei ganz gesunden und bei kranken Frauen: dagegen auch die bisher als das Normalbild geltenden auch bei kranken Frauen, Andeutungen der Endometritis auch schon im ersten Lebensjahre. Am stärksten war das sogenannte Endometritisbild in der prämenstruellen Zeit; oft fanden sich bei demselben Präparat die verschiedenen Bilder nebeneinander. Es zeigte sich ferner verschiedenes Verhalten bei gleichaltrigen: auch bei gleichen Intervallstagen. Theilhaber konstatiert auch die verschiedene Beschaffenheit der oberflächlichen und tiefen Schichten der Schleimhaut. Auf Grund aller Beobachtungen leugnet Theilhaber die Endom. glandul. hypertroph. und hyperplastica, Rundzellen im Stroma reichlich bei Gonorrhöe und nach Abortus und erklärt sich in Übereinstimmung mit Hitschmann und Adler.

Wenn Schwab auf Grund von 40 Abrasionen der Klinik Menges die klinische Diagnose der Endometritis als das Feststehende ansieht, so findet er in Übereinstimmung mit Theilhaber, mit Hitschmann und Adler, daß der histologische Befund bei katarrhalischen und nicht katarrhalischen Schleimhäuten derselbe ist. Die bisher beschriebenen Variationen in der sogenannten hyperplastischen und hypertrophisch glandularen Endometritis sind niemals rein, sondern in wechselnden Kombinationen vorhanden und stellen die im menstrualen Leben vorkommenden allmählichen Umwandlungen der Schleimhaut vor, die von Hitschmann und Adler in vier Stadien zerlegt werden, während Schwab dieselben in zwei Stadien unterbringt. Im menstruellen sind die Drüsen dichter und weiter, zeigen Leisten- und Papillenbildung, Sägeform. Die Zellkerne blaß, das Protoplasma hoch: die Zellen büschel- und pinselförmig: das

Stroma kompakter, die Kerne bläschenförmig mit deutlichen Protoplasmahof. Plasmazellen fand er nur dreimal in größerer Zahl, doch glaubt er, daß die Plasmazellen nur kurze Zeit bestehen, während die Lymphozyten länger von einer abgelaufenen Endometritis Zeugnis geben. Auch Schwab möchte nur extreme Fälle von Endometritis hypertrophica und fungosa als echte Endometritiden anerkennen.

Weibliche Hygiene.

Sammelreferat von Dr. **Otfried O. Fellner.**

1. J. C. Cameron: **Über weibliche Sanitätsinspektoren.** (Lancet, Aug.)
2. Grisson: **Praktische Vorschläge zur Hygiene der Frauenkleidung.** (Münchener med. Wochenschr., Nr. 43.)
3. Lischnewska: **Die geschlechtliche Belehrung der Kinder.** Sauerländer, Frankfurt a. M.
4. Markuse: **Die geschlechtliche Aufklärung der Jugend.** Leipzig, Dietrich.
5. Mensinga: **Keine Sterilisation der Frau?** (Zentralbl. f. Gyn., 44.)

Über die geschlechtliche Erkrankung der Jugend schreibt in ausführlicher Weise Markuse(4). Er schildert die Gefahren, denen die Kinder in der Schule und später im Leben ausgesetzt sind, und mit wie großem Elend sich die Unaufrichtigkeit in der Erziehung rächt. Das Vertuschungssystem und die Geheimniskrämerei, welche den Kindern die Unbefangenheit raubt und die Neugier reizt, müsse aus der Erziehung verschwinden Die Kinder müssen zu gesunder Freude an allem Schönen erzogen werden. Nur vor allem wirklich Unschönen soll ihnen ein Abscheu anerzogen werden.

Genauere Anweisungen darüber, wie man in diesem Sinne die Kinder erziehen solle, gibt Lischnewska(3). Sie erzählt, wie schon Knaben in der Schule mit Prostituierten und in Bordellen verkehren. 90% aller Schüler der höheren Lehranstalten ergeben sich geschlechtlichen Verirrungen. Die Kulturmenschen müßten lernen, die Natur mit reinen Augen ansehen. Schon in der Schule sollen die Kinder an der Hand des naturwissenschaftlichen Unterrichts mit Erkenntnis ihres Leibes, seiner Organe und deren physiologischer Funktion vertraut gemacht werden. Auf Grundlage dieser Anschauungen gibt sie einen methodisch aufgebauten Lehrplan, wie die Kinder vom dritten Schuljahr an zu belehren sind.

Neue Vorschläge hinsichtlich der Hygiene der Frauenkleidung macht Grisson(2). Schultze hat nachgewiesen, daß nicht allein das starke Schnüren den weiblichen Körper verunstaltet, sondern überhaupt das unzweckmäßige Befestigen der Röcke um die einzige Stelle des weiblichen Körpers, die nicht durch Knochen gestützt ist und deshalb zum Ertragen eines Druckes und zum Tragen einer Last ganz ungeeignet ist, aller Hygiene Hohn spricht. Man ging deshalb zu Reformkleidern über. Aber eingeführt hat sich der Reformsack schon aus Schönheitsgründen nicht. Außerdem kommt noch folgendes in Betracht: wenn eine Frau das Korsett ablegt, verliert sie zunächst den Halt am Rücken. Sie bekommt Kreuz- und Rückenschmerzen, da die im Korsett zur Untätigkeit verdammte atrophisch gewordene Rückenmuskulatur den Körper nicht aufrecht zu tragen vermag. Man darf also nicht den Schultern und damit der Rückenmuskulatur noch die ganze Kleiderlast zu tragen geben. Ferner ist das Reformkleid zu teuer, da die Bekleidung des Oberkörpers sich rascher abträgt als der Rock. Nicht am wenigsten konnte sich das Reformkleid deshalb nicht Eingang verschaffen, weil es den Männern mißfiel.

Lange hat ein Leibchen konstruiert, an welchem die Kleider befestigt werden. Auch mit diesem ist Schultze nicht einverstanden, da die Last wieder auf die Schultern verlegt wird. Was die sonstigen Reformbestrebungen anlangt, so sei hervorzuheben, daß ein Kleid nur gut über einem Rock sitzt, während es um ein paar behoste Beine herumschlappt. Auch habe die Reformhose den Nachteil, daß sie nicht waschbar ist(??).

Die von Schultze empfohlene Kleidung ist folgende: Leinenhemd, darüber ein Leibchen aus Trikotstoff, das sich eng an die Form des Körpers anschmiegt. Wichtig ist, daß die Schulterstücke breit sind, und daß das Leibchen bis an die Trochanteren herabreicht. Das Junoleibchen enthält Blanchetten, die allmählich zu entfernen sind, bis sich die Rückenmuskeln gestärkt haben. Sollten die Brüste sehr voll sein, so muß ein Büstenhalter darunter getragen werden. An dem Leibchen befinden sich die Strumpfbänder. Nun kommt die gewöhnliche Hose, welche mit Knöpfen am Leibchen befestigt wird. Über diesen Knöpfen befinden sich weitere Knöpfe für einen Flanellrock und den langen Unterrock. So tragen die Hüften die Unterkleider. Ein Teil der Last wird durch das Leibchen vermöge der Reibung auf den ganzen Rumpf übertragen. An den Unterrock macht man eine Art Untertaille aus leichtem Futterstoff, und so tragen die Schultern die Last des Kleides. Darüber kommt die Bluse mit losem Gürtel.

Wie Cameron(1) berichtet, sind in der Stadt Leeds weibliche Sanitätsinspektoren angestellt, und zwar 6, welche einen Gehalt von 30 Mark wöchentlich beziehen.

Sie müssen eine Prüfung aus den Elementen der Hygiene ablegen, und ihre Aufgabe besteht darin, die Arbeitsräume zu besichtigen und darüber zu wachen, daß sie in hygienischer Beziehung allen Anforderungen entsprechen. Ferner haben sie alle Frauen mit Puerperalfieber zu besuchen und die Desinfektion der Kranken und der Hebammen zu überwachen. Sie suchen auch die Kinder mit Säuglingsdiarrhöe auf, belehren die Mütter, wie die Kinder, insbesondere die kranken zu pflegen sind. Ist es notwendig, so beschaffen sie Kindermilch für die Säuglinge.

Rochard ist aus sozialpolitischen Gründen gegen die Vornahme der Sterilisation der Frau und führt auch die Beschwerden des vorzeitigen Wechsels als Gegenanzeige an. Die Benützung der Kondoms oder der Congressus interruptus seien zu verwerfen wegen eventuell folgender neurasthenischer Zustände. Mensinga(5) meint, daß er Recht hätte, wenn man es stets mit tadellos gesunden Frauen zu tun hätte. Denn die Nachkommenschaft gesunder Frauen ist vermutlich auch gesund. Dafür wären alle diejenigen Mütter, deren Körper keine volle Garantie für gesunde, in jeder Weise gut versorgte Nachkommenschaft liefern können, von der weiteren Vermehrung auszuschließen. Ob die Beschwerden des Klimakteriums früher oder später eintreten, ist für die gerettete Mutter von untergeordneter Bedeutung.

Aus fremdsprachiger Literatur.

Aus der amerikanischen Literatur.

Sammelreferat von Dr. **W. T. Wiemer**, Aachen.

1. Ostrom: **The propriety of removing the Uterus for non malignant diseases.** (The Journal of surgery gynecology and obstetrics, 1907, Nr. 1.)
2. Foster: **Extrauterine ectopic-pregnancy. A case past full term of utero-gestation. Operation; Rocovery.** (Ebenda.)

3. Grosvenor: **Time an important factor in labor especially in primiparae.** (Ebenda.)
4. Lendon: **Hydrorrhea gravidarum.** (Ebenda.)
5. Boise: **The nature of shock.** (American Journal of obstetrics and diseases of women and children, 1907, January.)
6. Van der Veer: **Preservation of the vault of the vagina in pelvic operation.** (Ebenda.)
7. Reder: **Difficulty encountered with fetal arms in a breech labor.** (Ebenda.)
8. Meek: **Pyelitis complicating pregnancy.** (American Journal of obstetrics etc., 1907, February.)
9. Smith: **Should the appendix be removed as a matter of course when the abdomen has been opened for other conditions.** (Ebenda.)
10. Johnson: **A report of the gynecological service in the Georgetown University from its opening until the present time.** (Ebenda, March 1907.)
11. Harrison: **Vaginal cesarean section and its application.** (Ebenda, 1907, February.)
12. Robb: **The immediate results of conservative operative measures on the tubes and ovaries.** (Ebenda.)
13. Ewing and Wolf: **The clinical significance of the urinary nitrogen. The metabolism in the toxemia of pregnancy.** (Ebenda, March 1907)
14. Hunner: **Gonorrhea in women; some of its unusual features.** (Ebenda.)
15. Frank: **A case of malignant teratoma of the ovary.** (Ebenda.)
16. Boval: **Should the ovaries be removed, when hysterectomy or removal of the body of the uterus is done?** (Ebenda.)
17. Waldo: **Treatment of endomemetritis.** (Ebenda.)
18. Krug: **Do present results justify partial removal of the uterine appendages, when operating for inflamatory diseases?** (Ebenda.)
19. Baldwin: **Do present results justify etc.?** (Ebenda.)

Ostrom (1) warnt vor zu großer Vertrauensseligkeit gegenüber Erkrankungen des Uterus, da gerade bei den malignen der Schmerz fehle, der bei anderen Erkrankungen häufig als Frühsymptom sich einstelle. Sein Vorschlag, bei verschiedenen nicht malignen Erkrankungen die Hysterektomie vorzunehmen, wenn man annehmen könnte, daß hieraus vielleicht eine bösartige entstehen könne, geht zu weit und erinnert an die prophylaktische Appendektomie, die seinerzeit auch von Amerika aus empfohlen wurde.

Nach Fosters (2) Beobachtung kommt Extrauteringravidität meist bei Frauen vor, die früher überhaupt nicht oder doch seit langer Zeit nicht geboren haben. Er hatte Gelegenheit, 2 Fälle von Extrauteringravidität zu operieren, die dadurch interessant sind, daß in beiden Fällen die Kinder ausgetragen waren, in einem sogar das Kind am Leben blieb.

Grosvenor (3) empfiehlt das Chloroform zur leichten Narkose bei Primiparis während der Austreibungsperiode; er braucht es jetzt schon 30 Jahre lang ohne die geringsten unangenehmen Nebenwirkungen, trotz stundenlanger Narkose. Die Narkose darf nicht tief sein wie bei chirurgischen Operationen, sondern nur ganz oberflächlich, hierdurch würden die Schmerzen auf ein ganz erträgliches Maß herabgemindert, während die Wehen die gleichen blieben.

Lendon (4) beobachtete bei einer Multipara Hydrorrhöe. Im Anschluß an ein Trauma traten Metrorrhagien auf, die sich bis zur Gravidität in einem Zeitraum von mehreren Wochen wiederholten. Im 5 Monat der Schwangerschaft zeigte sich nach einer geringen Blutung Abgang von seröser Flüssigkeit, der 2 Monate lang mit kurzen Unterbrechungen dauerte. Am Ende des 7. Monats erfolgte dann Frühgeburt in Steißlage. Die Plazenta wies nichts Pathologisches auf. Aus dem Fortbestehen der Schwangerschaft glaubt Verf. auf eine deziduale Hydrorrhöe schließen zu können, doch sind genug Fälle bekannt, wo auch bei Abgang von Amnionflüssigkeit die Schwangerschaft noch mehrere Monate fortdauerte.

Die sehr fleißige Arbeit Boises (5) wird man mit Interesse durchlesen. Er macht die Behauptungen eines amerikanischen Kollegen, Crile, zur Basis für seine Untersuchungen. Letzterer stellte 148 Versuche bei Hunden an und gelangte dabei zu dem Schluß, daß der chirurgische Shock eine Lähmung des vasomotorischen Zentrums sei, das kardiale und das respiratorische Zentrum seien nur sekundär betroffen. Demgegenüber behauptete Boise, daß die eigentliche Ursache des Shocks ausschließlich eine Reizung des Sympathikus sei, die sich als Kontraktion des Herzens und der Arterien zeige. Letztere Annahme liegt näher als die Criles, da sich hierdurch die verschiedenen Erscheinungen, wie kalter Schweiß, bläuliche Haut und der kleine und schnelle Puls erklären lassen.

Van der Veer (6) rät, bei gynaekologischen Operationen möglichst viel Rücksicht auf die Vagina zu nehmen, da Verengerungen oder Verkürzungen leicht Blasenbeschwerden, speziell irritable bladder hervorrufen könnten, andrerseits die Behinderung oder Erschwerung der Kohabitation die Frauen einem traurigen Dasein überantworte.

Von der Schwierigkeit der Zange am nachfolgenden Kopf, die ja von vielen Geburtshelfern völlig verworfen wird, überzeugte sich Reder (7). Es war ihm unmöglich, die Arme zu lösen, schließlich brachte er den einen, nach dem der Humerus frakturiert war, herunter, zur Lösung des anderen Armes und Entwicklung des Kopfes legte er dann die Zange an (kleine Fontanelle stand vorn) und entwickelte so mit vieler Mühe das tief asphyktische Kind, das jedoch wiederbelebt wurde.

Meek (8) erwähnt 3 Fälle von Pyelitis während der Gravidität. Es bestanden Schmerzen in der Nierengegend, die längs des Ureters nach dem Becken hin ausstrahlten. Der sauer reagierende Urin enthielt etwas Eiweiß, viel Epithelien, doch fehlten Zylinder. Bald nach der Geburt war der Urin frei und in späteren Geburten trat keine weitere Störung ein. Die Hauptursache für diese Erkrankung glaubt Verf. in einer Kompression des Ureters durch den schwangeren Uterus zu sehen, wozu dann eine Infektion oberhalb der komprimierten Stelle eintrete. Nach Olshausen u. a. soll ja namentlich der rechte Ureter durch den schwangeren Uterus gedrückt werden: mit den Befunden Meeks würde dies übereinstimmen, da in allen 3 Fällen die Erkrankung rechtseitig war.

Eine interessante Frage, die ja auch auf der Tagesordnung des vorigjährigen Dresdener Gynaekologenkongresses stand, behandelt Smith (9). Er meint, in Amerika sei man allmählich von der Nutzlosigkeit des Proc. vermiformis überzeugt und glaube den Patienten einen schlechten Dienst zu erweisen, wenn man sie der Gefahr überantworte, wegen Perityphlitis sich eventuell einer zweiten Operation unterziehen zu müssen, anstatt ihnen bei guter Gelegenheit den Appendix zu exstirpieren. Er erwähnt auch einen Fall, der die Richtigkeit seiner Behauptung beweisen soll. Bei einer Frau war wegen eines Abszesses das linke Ovarium per laparotomiam entfernt worden, man hatte es aber unterlassen, nach dem Proc. vermiformis zu sehen, und trotz eines chirurgischen Eingriffs ging die Frau 4 Monate nach der ersten Laparotomie zugrunde.

Auf einem anderen Standpunkte steht Johnson (10). Er nimmt in seinem Bericht über die Operationen am Georgetown University hospital scharf gegen die prophylaktische Appendektomie gelegentlich einer Laparotomie Stellung. Er meint, wenn man so weit gehe, in jedem gegebenen Falle ein zwar nutzloses, aber doch gesundes Organ unseres Körpers zu entfernen, dann könne man auch z. B. bei Karzinom einer Mamma die gesunde andere mitentfernen. Er weist auf Kellys Ausspruch hin, der die prophylaktische Appendektomie absurd und eine nicht zu rechtfertigende Operation nennt.

Im vorigen Jahre hatte gelegentlich einer Ärzteversammlung ein amerikanischer Kollege Findley sich gegen den Dührssenschen vaginalen Kaiserschnitt ausgesprochen. Harrison (11) widerlegt nun in einer längeren Abhandlung dessen unberechtigte Vorwürfe und weist auf die großen Vorteile dieser Operation hin.

Robb (12) empfiehlt in seiner Abhandlung eine möglichst konservative Methode bei Operationen an den weiblichen Adnexen. Für die Patientinnen sei es schon im Hinblick auf die Rekonvaleszenz von großem Vorteil, wenn man ein Ovarium oder wenigstens einen Teil desselben erhalten habe. Zwar würde in 2—5% der Fälle eine zweite Operation nötig sein, doch erfordere die radikalere Methode auch häufig eine Nachoperation.

Die gleiche Ansicht vertritt Krug (18), der namentlich dann ein Ovarium oder einen Teil desselben erhalten wissen will, wenn die Frage nach Nachkommen noch nicht gelöst ist.

Auch Baldwin (19) ist der Ansicht, daß man womöglich etwas vom Ovarium erhalten solle, schon weil sich die Patientinnen schneller von dem Eingriff erholten und die Wiederherstellung eine vollkommenere sei. Sogar bei einem Pyoovarium suchte er nach Spaltung des Ovariums, Auswaschen der Abszeßhöhle das erkrankte Organ zu erhalten. Der Erfolg war gut, doch trat die gewünschte Gravidität nicht ein.

Um nun Gesichtspunkte für die Erklärung der Eklampsie zu gewinnen, stellten Ewing und Wolf (13) Stoffwechselversuche während der Schwangerschaft an, namentlich bei Erkrankungen, die mit Störungen im Stoffwechsel einhergehen. Die Versuche erstrecken sich über 3 Jahre, die ganze Arbeit zeugt von viel Fleiß und exakter Beobachtung.

Verfasser halten es nicht für ausgeschlossen, daß es sich bei Eklampsie, akuter gelber Leberatrophie und Hyperemesis gravidarum um eine und dieselbe Krankheit handle, die nur in verschiedenen Formen auftrete, da sich Übergänge sowohl in dem Symptomen als auch im Stoffwechselbefunde konstatieren ließen.

Für die Praxis ergibt sich aus ihren Beobachtungen folgendes: Aus dem N-Befund können wir die Anwesenheit und Schwere einer toxischen Erkrankung bestimmen, und falls irgend welche Symptome fehlen, können wir daraufhin prophylaktisch Maßnahmen treffen, um ernstere Komplikationen in der Schwangerschaft zu verhüten.

Vor allem ist es wichtig bei Eiweißgehalt des Urins zu unterscheiden, ob es sich um einfache Nephritis oder um drohende Eklampsie handelt, hierzu hilft uns die N-Bestimmung.

Ferner können wir aus den Stoffwechselbefunden sichere Schlüsse für den weiteren Verlauf der Krankheit ziehen.

Hunner (14) bespricht in seiner Abhandlung die selteneren Formen der Gonorrhöe. Gonorrhoische Entzündung der Vulva kann häufiger eine Stenose des Introitus vaginae bewirken. Nach eitriger gonorrhoischer Bartholinitis sah Verfasser mitunter eine Rektovaginalfistel entstehen. Nach seiner Ansicht beruhen auch die meisten Fälle von sogenannter „irritable bladder“ auf Gonorrhöe.

Bei Gonorrhöe der Zervix sah Verfasser sehr gute Resultate nach ausgiebigem Gebrauch des Paquelin oder vollständiger Amputation der Portio.

Vor allem widerrät H. die Salpingektomie bei eitriger gonorrhoischer Salpingitis, zwar würden die Patientinnen momentan von ihren Beschwerden befreit, aber es blieben ein so empfindlicher Uterus und so schmerzhafte Ovarien zurück, daß häufig noch eine Nachoperation nötig sei, die auch nur selten den gewünschten Erfolg bringe.

Frank (15) beschreibt ein malignes Teratom des Ovariums, das sich bei einer Frau scheinbar nach einem Trauma in 6 Monaten entwickelt hatte. Der Tumor zeigte

alle 3 fötalen Schichten, vom Ektoderm fanden sich Haare, Zähne, Nervengewebe, vom Mesoderm Knochen, Knorpel etc., vom Entoderm waren namentlich azinöse Drüsen vorhanden, in der Quantität war es am geringsten. Ein Vierteljahr nach der Operation starb die Frau an Kachexie, weswegen Verfasser den Tumor für maligne hielt. Metastasen konnten nirgendwo entdeckt werden. Die Autopsie wurde jedoch nicht gemacht. Ein ausführlicher Literaturbericht über 37 Fälle ist der Abhandlung beigegeben.

Während Robb (12) in bezug der operativen Maßnahmen an den Adnexen auf einem sehr konservativen Standpunkt stand, ist Bovel (16) anderer Ansicht. Er will, daß man in allen Fällen von totaler oder partieller Hysterektomie stets beide Ovarien entferne, so die Frau 40 Jahre alt ist.

Da bei Fibromen des Uterus 5% der Fälle einen malignen Charakter hätten und bei 30% auch zugleich eine Erkrankung der Adnexe bestände, sei es ein großes Risiko, bei eventueller Hysterektomie die Ovarien zu erhalten.

Bei einseitiger Erkrankung des Ovariums solle man das andere stets mit fortnehmen, wenn der Verdacht bestehe, daß das andere Ovarium auch später erkranken könne.

Den Schluß des Märzheftes bilden 3 kürzere Abhandlungen über Endometritis, die aber nichts Neues enthalten. Waldo (17) warnt bei der Behandlung der Endometritis vor chirurgischen Maßnahmen, da alle Eingriffe, von der Dilatation bis zur Amputation, nutzlos wären. Die Curette dürfe nur bei chronischer Endometritis, falls Blutungen beständen, gebraucht werden.

Vereinsberichte.

Aus ungarischen Vereinen und Gesellschaften (1907). Referent: Dr. H. Rotter. Gynaekologische Sektion des königlichen Ärztevereins Budapest. Sitzung am 5. Februar 1907.

Der Vorstand wurde folgenderweise gewählt: I. Vorsitzender Prof. Tauffer. II. Vorsitzender Prof. v. Elischer. Schriftführer: Dozent Lovrich: Sekretär: Dozent Temesváry: Kassier: Dozent Liebmann; Bibliothekar: Dr. Goldberger.

Herr Mannsfeld demonstriert ein Korpusmyom mit Degeneratio sarcomatosa: klinisch für ein Myoma submucosum gehalten, nach Austastung der Gebärmutter in Narkose wurde dessen Malignität festgestellt und die vaginale Totalexstirpation ausgeführt. Die mikroskopischen Bilder ergeben unter der im chronisch entzündlichen Zustande befindlichen unebenen, bröckligen Schleimhaut ein in das Myomgewebe eingebettetes diffuses Spindelzellensarkom. Weiters zeigt Herr Mannsfeld einen Basalzellenkrebs (Krompecher) in der Wand einer Corpus luteum-Zyste. Klinisch war Endometritis cervicalis gon., Zystitis, rechtseitiger Adnextumor festgestellt. Die Laparotomie ergibt rechtseitige, kindskopfgroße, einkammerige, gestielte Zyste hinter dem Uterus mit klarem, dünnflüssigem Inhalt; im linken Ovarium eine eigroße Zyste. Diese gehört dem Corpus luteum an (gelbe, leicht von der Basis abziehbare Membran, mikroskopisch Luteinzellen zeigend) und stellt in der Wand an einer zirkumskripten Stelle eine Verdickung dar, mit Alveolen und Hohlräumen, die mit Zellen vom Typus der Basalzellenkrebse ausgefüllt sind.

Herr Goldberger zeigt eine Kindesleiche mit Meningokele vor, die einer 26jährigen III-para entstammt. Fruchtwasserabgang 24 Stunden vor dem Einsetzen der Geburtstätigkeit. Nach 6stündigen Wehen, Muttermund 4 Finger breit, stellt sich eine kindskopfgroße, fluktuierende Geschwulst im Beckeneingange ein. Knochen konnten nicht getastet werden. Wendung und Extraktion. Die ausgetragene Frucht weiblichen Geschlechts kam tot zur Welt. Tumor: Kindskopfgroß, ist im größten Umfang 36 *cm* breit, mit dem squamösen Teile des Os occipitale verwachsen, behaart, fluktuiert und mit dem verdünnten Integumentum commune überzogen. Herr Tóth referiert über vier neuere Hebosteotomien (die Publikation erscheint in diesem Blatte ausführlich) und bespricht im Anschlusse eine nach Hebosteotomie erfolgte Schwangerschaft und Geburt bei einer Dritt-

gebärenden, deren erste Geburt ein ausgetragener lebender Knabe mit Steißlage war. Die zweite Geburt wurde durch Hebosteotomie beendet. Sp. 23, Cr. 24, C. e. 18, C. d. 9·5—9·75. Bei der dritten Entbindung $2^1/_2$ Stunden nach dem Blasensprunge Beckeneingangszange auf beweglichem Kopfe mit leichter Extraktion. Die bei der früheren Geburt durchgesägten Knochenenden klaffen fingerbreit. Kind lebensfrisch geboren, 3500 *g*. Bei der Hebosteotomiegeburt war das Kind 2875 *g*. Fieberfreies Wochenbett.

Weiters zeigt Herr Tóth eine wegen unstillbarer Blutung exstirpierte Gebärmutter, die mikroskopischen Bilder ergeben: Adenoma diffusum.

In der Sitzung vom 19. Februar 1907 hielt Herr Rotter einen Vortrag über die Beckenerweiterung bei Hebosteotomie. Vortragender experimentierte an sechs puerperalen Leichen, worunter zwei enge Becken hatten. Die Durchsägung des Schambeines erfolgte in drei Fällen an der rechten, in drei Fällen an der linken Seite. Die Messungen wurden nach Tandler vorgenommen. Es wurde gefunden: Die Conjugata vera verlängerte sich durchschnittlich bei einer Distanz von 4 *cm* der durchsägten Knochenenden um 7·83 *mm*. Bei linkseitiger Hebosteotomie (Distanz der Knochenenden 4 *cm*) war der linke Durchmesser auf 19 *mm*, der rechte auf 18·06 *mm* gestiegen, bei rechtseitiger Hebosteotomie der linke 20 *mm*, der rechte 19 *mm*. Die durchschnittliche Verlängerung des queren Durchmessers ergab 17·16 *mm*.

Vortragender kommt zu folgenden Schlußfolgerungen: I. Vom Standpunkte der schrägen Durchmesser ist es gleichgültig, auf welcher Seite die Hebosteotomie vollzogen wird. II. Es ist nicht nötig, zwischen den platten und gleichmäßig verengten Becken bei der Feststellung der unteren Grenze der Verengung zu distingieren. III. Die untere Grenze für diese zwei Beckenformen ist eine Konjugata von 7 *cm*. IV. Bei Ausweichen der Knochenenden um 4 *cm* werden die Synchondroses sacro-iliacae nicht gefährdet. An der Diskussion beteiligten sich die Herren Prof. Bársony, Scipiades und Lovrich.

Herr Rotter referiert weiters über vier vaginale und einen abdominalen Kaiserschnitt bei Eklampsie. I. 18jährige I-para. 4 Anfälle. Sectio caesarea vaginalis nach Bumm bei erhaltener Portio vaginalis. Wendung, Extraktion leicht. Unbedeutende Blutung, keine Tamponade. Kind in algider Asphyxie geboren, stirbt nach 2 Stunden (2750 *g*, 51 *cm*). Kein weiterer Anfall, doch verschlechtert sich der Zustand der Mutter trotz Einpackungen 14 Stunden nach der Operation: Exitus. Bei der Obduktion typischer Befund. II. 16jährige I-para. Mehrere Anfälle vor der Aufnahme. Koma. Portio 2 *cm*. Fundus uteri in der Magengrube. Sectio caesarea vaginalis nach Bumm. Wendung, leichte Extraktion (Episiotomie nach Dührssen), keine Tamponade. Kind: Mädchen, lebensfrisch, 1400 *g*, 42 *cm*, wurde ans Kinderasyl abgegeben. Nach der Operation Einpackung, 2 *cg* Morphin, $^1/_2$ *l* physiologische Kochsalzlösung subkutan. 30 Stunden nach der Operation noch vier leichte Anfälle. Nach 17 Tagen gesund entlassen. III. 26jährige, Habitus eklampticus. Fundus in der Magengrube, voluminöser Unterleib. Zwillinge. Portion: 2 *cm*. Bei der Untersuchung typischer Anfall. Sectio caesarea vaginalis nach Bumm. Wendung, Extraktion leicht. Zweites Kind in Steißlage; sofortige Extraktion; wegen Blutung manuelle Lösung der Plazenta, keine Tamponade. I. Kind, Knabe, 2950 *g*, 48 *cm*. II. Kind, Knabe, 2650 *g*, 47 *cm*. Beide lebensfrisch. Kein Anfall. Am dritten Tage Temperatur 39·1. Uterusauswaschung; fortan fieberfreier Verlauf. IV. 18jährige I-para. 2 Anfälle. Portio 1 *cm*, Muttermund fingerbreit. Fundus in der Magengrube. Episiotomie nach Dührssen. Sectio caesarea vaginalis nach Bumm. Wendung, Extraktion. Keine Tamponade. Lebender Knabe, 3000 *g*, 51 *cm*. Kein Anfall. Fieberfreier Verlauf. V. Abdominale Sectio caesarea wegen Eklampsie. Eklamptischer Anfall. Ausgetragene Schwangerschaft. Fötus in I. Kopflage. In der Vagina zwei Ulcera mollia mit schmutzigem Belag, welche die Ausführung der vaginalen Vornahme verbieten. Fundaler Querschnitt. Nach der Operation noch 2 Anfälle, fieberfreier Verlauf. Kind lebend. Diskussion: Herren Bársony, Scipiades.

Herr Frigyesi referiert über eine nach Vaginifixation ausgetragene Schwangerschaft. Geburt spontan, lebendes Kind. Dann wegen kyphotisch-querverengtem Becken aus relativer Indikation ausgeführter Kaiserschnitt.

In der Sitzung der gynaekologischen Sektion am 6. März 1907 referiert Herr Rotter über die Anwendung der Bierschen Behandlung in der Gynaekologie anschließend an auf der Abteilung des St. Rochus-Spitals behandelte 60 Fälle (21 Metroendometriten, 32 Adnextumoren, ferner Parametriten, Perimetriten, Stumpfexsudate nach Operationen

und Dysmenorrhöen). Die Erfolge waren sehr befriedigend. Bei Metroendometriten wurde rasche Besserung erzielt; war aber die Behandlung nicht genug lang dauernd. so trat ebenso rasch Rezidiv ein. Nach vierwöchentlicher Behandlung konnten Dauerresultate konstatiert werden. Die besten Erfolge kamen den Adnextumoren zu. Es kamen Endosalpingiten, bis kleinfaustgroße Tumoren vor und in fast allen Fällen konnte volle Arbeitsfähigkeit erreicht werden.

In einem Falle trat nach dreimonatlicher Behandlung Gravidität ein. Bei Bierscher Behandlung ist fieberfreies Stadium Bedingung. Bei Parametriten und Stumpfexsudaten war das Resultat gut, bei Dysmenorrhöen negativ. Die Kranken wurden durchwegs mittelst eines durchsichtigen und an der distalen Seite mit einem Ansatze für das Luftverdünnungsrohr angebrachten Mayerschen Glasspekulum mit Einstellen der Portio vaginalis behandelt. Die Suktion wurde täglich vorgenommen in der Dauer von 10—15 Minuten. Es ist wichtig, daß der Grad der Luftverdünnung so beschaffen sei, daß der Kranken nicht Schmerzen bereitet werden, auch daß Blutung nicht eintrete. An der Diskussion beteiligten sich die Herren Bársony und Tauffer. — Schließlich demonstriert Herr Lovrich drei durch abdominale Köliotomie gewonnene Fibromata uteri.

In der Sitzung des Ärztevereines am 19. Jänner 1907 bespricht Herr Bálint einen geheilten Fall von puerperalem Tetanus. Eine 29jährige Frau bekam im dritten Schwangerschaftsmonat eine heftige Blutung. Um sich zu überzeugen, ob die Blutung aus der Gebärmutter stammte, führte sie die beim Kartoffelschälen besudelte Hand in die Scheide. Nach siebentägiger Inkubation traten Muskelkrämpfe auf. Nach Curettage der Gebärmutter wurde ein Antitoxintampon lokal appliziert, dann kombinierte Behandlung mit 1200 Einheiten Behringschem Serum, gleichzeitig Morphin und Chloral. Die Kranke genas binnen 2 Wochen. An der Diskussion nahmen teil: Herr Biró, der die lokale Anwendung des Antitoxin als nicht nützlich wähnt. Herr Tauffer zitiert einen Fall, bei dem nach Placenta praevia am 11. Tag des normalen Puerperiums Tetanus ausbrach. Die Kranke starb nach 3 Tagen trotz Anwendung des Behringschen Serums. Tauffer ist der Meinung, daß das Los der Kranken von der eingeführten tödlichen Menge Toxins abhängig ist. Der symptomatischen Behandlung vindiziert Tauffer große Wichtigkeit. Herr Bálint entgegnet Herrn Biró, daß die lokale Anwendung des Antitoxin ihre Berechtigung habe, weil das Tetanustoxin lokal gebildet wird und die Immunisation auch lokal zustande kommen kann.

In der Sitzung vom 9. Februar 1907 referiert Herr Scipiades über drei komplete Gebärmutterrupturen. Bei sämtlichen wurde die Geburt vaginal beendet und der Riß mit Jodoformgaze tamponiert. In der Praxis ist die Tamponade sehr zu empfehlen. An der Diskussion beteiligten sich die Herren Lovrich und Fischl.

In der Sitzung vom 16. März 1907 hält Herr Tóth einen Vortrag über die Hebosteotomie. Er bespricht die Behandlung der Geburt bei engem Becken und hält die Hebosteotomie nur bei nicht infizierten Fällen für richtig und die Operation derzeit nur in Händen des Spezialisten und in gut ausgestatteten Anstalten ausführbar; demnach sollten die Lehrer der Geburtshilfe mehr Gewicht auf die prophylaktische Wendung, die künstliche Frühgeburt, Zange an beweglichem Kopfe in der Klinik legen und den Weg für diese Operationen, die in der Praxis ausführbar sind, anbahnen. Gleichzeitig publiziert er 7 Hebosteotomien aus der Taufferschen Klinik. In der Diskussion erwähnt Herr Prof. Bársony, er sei bisher nicht in der Lage gewesen, eine Hebosteotomie an der Lebenden auszuführen; trotz der in seiner Klinik vorkommenden jährlich 1500 Geburten. Er meint, die Operation werde viel zu oft ausgeführt und hat eine Berechtigung nur bei Fällen, die bestimmt nicht infiziert sind, und wo das Kind noch lebensfrisch befunden wird. Für die Praxis ist die Hebosteotomie nicht geeignet. Prof. Tauffer ist auch der Meinung, daß derzeit in der operativen Geburtshilfe eine Übersteigung zu konstatieren wäre. Die Hebosteotomie soll aber die Operation der Anstalten bleiben. Herr Fischl ist für exspektative Behandlung der Geburt nach Hebosteotomie.

In der Sitzung vom 20. April 1907 publiziert Herr Wenczel aus der Bársonyschen Klinik einen Fall von Extrauteringravidität. Bei fieberhaftem Zustand wurde die Kolpotomie gemacht, am 6. Tage aber wurde die Patientin wieder febril und folgte heftige Blutung aus der Höhle. Aus vitaler Indikation wurde laparotomiert und nach Entfernung eines Fötus von 15 *cm* Länge die mit penetrant riechenden Massen ausgefüllte Höhle durch die Bauchwand und auch durch die Vagina drainiert, Patientin genas.

Die Sitzung des Ärztevereins vom 20. und 27. April 1907 füllte ein im Auftrage der gynaekologischen Sektion gehaltener referierender Vortrag der Herren Scipiades und Lovrich. Herr Scipiades referiert auf Grund der auf der Taufferschen Klinik seit dem Jahre 1881 beobachteten Gebärmutterrisse. Die Ätiologie anlangend konstatiert er den Befund, daß Ruptur in den äußeren Verhältnissen in 93% der Fälle, während bloß 7% in der eigentümlichen Disposition der Gebärmutter begründet sind. Das Hauptgewicht legt er auf die Behandlung der Ruptur selbst. Von allergrößter Wichtigkeit ist die Prophylaxis. Das Richtigste ist sowohl bei kompleter als auch inkompleter Ruptur, die Tamponade exakt auszuführen, keine Irrigationen. Der operative Eingriff ist nur am Platze, wenn mit konservativer Behandlung nichts erreicht werden kann; in diesem Falle gibt die totale abdominale Hysterektomie, oder die supravaginale Amputation die besten Resultate. Zum Schlusse wirft Scipiades die Frage der Behandlung der nach Uterusruptur wieder schwanger gewordenen Frau auf. Hierbei wäre in erster Linie zu trachten, daß womöglich eine neue Konzeption verhütet werde: bei bestehender Schwangerschaft wäre künstlicher Abortus einzuleiten, bei vorgeschrittener Schwangerschaft muß der Kranken die Entscheidung anheimfallen, ob sie die künstliche Frühgeburt oder die Vornahme des Kaiserschnittes zugibt, über welche Maßnahmen sie ganz gehörig erst aufgeklärt sein muß. Der zweite Referent, Herr Lovrich behandelt das Thema auf Grund von auf der Bársonyschen Klinik nach 33.683 Geburten im Laufe von 29 Jahren beobachteten 39 Fällen; davon entfallen 24 auf die poliklinische Praxis und 15 auf die Klinik selbst. Von sämtlichen waren 19 spontaner und 20 violenter Natur. Vortragender spricht über den Mechanismus und die anatomischen Veränderungen der Ruptur. Blasenruptur in 5 Fällen, Scheidengewölberisse in 7 Fällen. Ätiologisch unterscheidet er in 10 Fällen Beckenverengerung, 1mal Osteomalazie, 1mal querverengtes Becken, 4mal großen Fötus, resp. großer Kopf, 1mal Gesichtslage, 1mal Vorderhauptslage und 12mal Querlage. 1mal wurde ein zervikales Myom beobachtet, 2mal narbige Verengerung der Weichteile und 3mal Placenta praevia. Von den 22 kompleten Rupturen verliefen 17 = 77·27% und von den 17 inkompleten 8 = 47% tödlich. Bei den 20 violenten sind 12 = 60%, von den 19 spontanen 13 = 68·4% Mortalität angeführt. Er plädiert für womöglich konservative Therapie. Druckverband auf den Unterleib. Tamponade eventuell auch der Uterushöhle, hingegen Laparotomie bei unstillbarer Blutung, bei in die Bauchhöhle gelangten Fruchtteilen, bei absoluter Beckenenge. An der Diskussion beteiligten sich die Herren Prof. Dirner, Bársony und Tauffer.

In der Sitzung vom 4. Mai 1907 trägt Herr Turán über die Anwendung der Bierschen Suktion direkt auf das Endometrium vor. (Publiziert im Zentralblatte für Gynaekologie.) Bei der Diskussion spricht sich Herr Lovrich absprechend über die Biersche Therapie in der Gynaekologie aus, während Rotter auf seinen gehaltenen Vortrag (Sitzungsberichte der gynaekologischen Sektion) verweist.

Herr Torday hält in der Sitzung vom 11. Mai 1907 einen Vortrag über Behandlung der Nabelschnur mit dem Barschen Instrumente. Als Vorteile rühmt er die sichere Ausführung der Asepsis und Hämostase und weist auf die in kürzerer Zeit erfolgende Abstoßung der Nabelschnur. Er verfährt in folgender Weise: Nach Aufhören der Pulsation in den Nabelgefäßen wird das Instrument nach Abwaschung mit 3%iger Borlösung knapp auf der Insertion der Nabelschnur appliziert, und die Nabelschnur wird oberhalb der Arme des Instrumentes abgeschnitten. Dann wird das Neugeborene gebadet. Verband mit steriler Gaze. Nach 24 Stunden wird das Instrument abgenommen und ein steriler Verband angelegt, der am 4. Tage gewechselt wird. Nach dem 4. Tage folgt täglicher Verbandwechsel. An der Diskussion beteiligten sich die Herren Frigyesi, Berend, Lovrich.

In der Sitzung des Vereines der Spitalärzte vom 16. Jänner stellt Herr Rotter eine Kranke vor, bei der er die Laparotomie wegen ausgetragener Extrauterin-Schwangerschaft vollzogen hatte. Der Fruchtsack war mit der Bauchwand und mit den Eingeweiden derart verwachsen, daß nach Ausräumen des Fötus und der Plazenta die Höhle drainiert werden mußte. Die stark mazerierte Frucht männlichen Geschlechtes wog 2100 *g*, die Länge betrug 48 *cm*, der Kopfumfang 34 *cm*. Die Plazenta inserierte an der rückwärtigen Wand der Gebärmutter und teilweise am Coecum und konnte ganz ohne Blutung entfernt werden. Ferner referiert Herr Rotter über einen Fall von multipler Geschwulstbildung in den Genitalien. Durch abdominale Köliotomie

wurden bei der 31jährigen Frau beiderseitige ovariale Kystome, beiderseitige Pyosalpingen und ein faustgroßes zervikales Myom im Gebärmutterkörper entfernt. Glatte Heilung. Diskussion Herren Prof. Genersich und Dirner.

In der Sitzung vom 13. Februar zeigte Herr Rotter einen Fall von Hydrorhoea uteri gravidi amnialis mit lebender Frucht vor. Die Frau hatte 4 normale Geburten. Letzte Menstruation Ende Mai 1906. Anfangs November fühlte die Kranke Abgang von Fruchtwasser, danach stärkere Blutung. Während der Schwangerschaft noch einmal heftigere Blutung, und zwar einen Monat vor der Niederkunft. Beginn der Wehen am 10. Februar 1907, in welcher Zeit sie sich in der Geburtsabteilung des St. Rochus-Spitales aufnehmen ließ. Nach 6stündiger Geburtstätigkeit kam ein lebender Knabe zur Welt, dem sofort die Plazenta folgte. Fruchtwasserabgang wurde nicht beobachtet. Gewicht des Kindes 2400 *g*, Länge 48 *cm*, Kopfumfang 33 *cm*. Der Kopf ist asymmetrisch. Das rechte Os parietale wölbt sich hervor, das linke ist flach gedrückt; die linke Gesichtshälfte eingedrückt, die Mandibula bildet einen spitzeckigen Winkel, dessen linker Arm länger ist. Das obere Dritteil des Brustkorbes eingedrückt, das untere wölbt sich stärker hervor. Die Wirbelsäule nicht verkrümmt. Die beiden oberen Extremitäten plattgedrückt und verkrümmt, das linke Bein größer als das rechte, das rechte ist plattgedrückt, mit einem ausgesprochenen Pes varus. Die Plazenta ist kleiner als gewöhnlich, die Höhle des Fruchtsackes kaum faustgroß, die Ränder des Eihautrisses aufgekrempelt, das Amnion mit dem Chorion verwachsen, ein Beweis dafür, daß der Riß schon lange vor der Geburt zustande gekommen war. Der Fötus entwickelte sich also in der zweiten Hälfte der Schwangerschaft extraamnial. Außerdem demonstrierte Herr Rotter einen Fall von Nabelschnurbruch bei einer Frucht von 25 *cm* Länge.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Gynaekologie.

Kosakow, Die konservative Behandlung der entzündlichen Adnextumoren. Inaug.-Diss., Berlin, Oktober.

Martin, Beitrag zur Tuberkulose der weiblichen Genitalien und des Bauchfelles. Inaug.-Diss., Greifswald, Oktober.

Haug, Ein Fall von Stieldrehung einer Parovarialzyste. Inaug.-Diss., Rostock, Oktober.

Vallivero, Un caso di enuresi notturna guarito col radrizzamento dell' utero retroverso. La Riforma medica, Nr. 45.

Personalien und Notizen.

(Personalien.) Privatdozent Dr. Kermauner wird seinem Chef, Professor v. Rosthorn, an die Wiener Universität folgen. — **Berufen:** Professor Francesco Caruso in Cagliari zur Leitung der geburtshilflich-gynaekologischen Klinik zu Catania. — Professor Dr. O. Sarwey, Direktor der Universitäts-Frauenklinik in Rostock, hat einen Ruf an die Universität Erlangen an Stelle des nach Heidelberg übersiedelnden Professors Dr. Menge erhalten. — **Ernannt:** Geh. Med.-Rat Professor Dr. Pfannenstiel in Kiel wurde zum Mitgliede des Medizinalkollegiums der Provinz Schleswig-Holstein ernannt. — Dr. Oui wurde zum Professor der Geburtshilfe und Säuglingshygiene in Lille ernannt. — **Gestorben:** Dr. K. Schwing, außerordentlicher Professor an der tschechischen medizinischen Fakultät in Prag.

(Stiftung.) Zum Bau einer Gebäranstalt beim alten Katharinenhospital in Moskau stiftete eine ungenannte Wohltäterin 300.000 Rubel.

(Ein neues gynaekologisches Organ.) In Genua erscheint eine neue Zeitschrift unter dem Titel „La Ginecologia Moderna". Herausgeber ist Professor Bossi, Redakteur L. Gigli. Das Blatt erscheint monatlich einmal. Preis 10 Lire für Italien, 15 Lire für das Ausland.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: **Dr. Oskar Frankl.**

Herausgeber, Eigentümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg.**

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

// GYNAEKOLOGISCHE RUNDSCHAU.

ZENTRALORGAN

FÜR

GEBURTSHILFE UND FRAUENKRANKHEITEN.

II. Jahrg. **1908.** **4. Heft.**

Original-Artikel.

Aus Dr. Weißwanges Privat-Frauenklinik in Dresden.

Über Bauchdeckenfibrom.[1])

Von Dr. **Fritz Weißwange.**

Ich gestatte mir, über ein Fibrom der Bauchdecken zu berichten, das wegen seines Sitzes und seiner Krankengeschichte ein nicht sehr häufiges Vorkommnis sein dürfte.

Es handelt sich um ein 24jähriges Fräulein, das im Jahre 1903 einmal in Leipzig geboren hatte. Im Frühjahr 1906 will sie einen Lungenspitzenkatarrh gehabt haben. Im Winter 1906/07 spürte sie in der linken Leistengegend bisweilen nach Anstrengung Schmerzen, die mehr äußerlich waren. Sie konnte in der Leistengegend eine Stelle fühlen, die ganz allmählich größer und ganz hart wurde. Besondere Beschwerden machte ihr dieselbe nur beim Gehen. Ich sah Patientin Ende August 1907 und mein Befund war folgender: In der linken Inguinalgegend findet sich ein überhühnereigroßer, länglicher, harter, runder Tumor, der am Poupartschen Bande entlang zieht, sich mit demselben ein wenig hin und herschieben läßt, im oberen Pol aber fest adhärent ist. Über dem Tumor ist die Haut leicht verschieblich. Ich stellte die Diagnose: Fibrom vom Poupartschen Bande ausgehend und schlug die totale Exstirpation vor. Nach Spaltung der Haut über dem Tumor findet sich, daß derselbe vom Muskel fest überzogen ist, so fest, daß nur eine scharfe Durchtrennung des Muskels mit dem Messer möglich war, um an den Tumor heranzukommen. Es gelang dann leicht, teilweise stumpf, teilweise mit Scherenschlägen, den unteren Pol des Tumors nach Spaltung der fest aufsitzenden Faszie zu entwickeln, aber weiter kam ich nicht. Der Tumor ging weit nach unten und war so fest mit dem Peritoneum verwachsen, daß ich das Peritoneum teilweise mitresezieren mußte. Auch der obere Pol war so fest mit dem Lig. Poup. verwachsen, daß ein Stück desselben mitentfernt werden mußte. Ich habe dann die Wundhöhle sorgfältig mit Catgutetagenähten wie bei Laparotomie vernäht. Die Rekonvaleszenz verlief glatt ohne jede Besonderheit. Mikroskopisch handelte es sich um ein hartes, festes Fibrom, das vom Lig. Poup. ausging. Die Ätiologie dieses Tumors ist dunkel.

Aus dem Umstand, daß sich diese Tumoren häufig bei Frauen finden — bei 41 Fällen einer Arbeit kamen 39 bei Frauen vor —, schloß man, daß traumatische Einflüsse (Rupturen) die ersten Ursachen der Geschwulstbildung seien, und faßte sie als Schwielen auf. Das erscheint mir bei dem Sitz meines Tumors und der Art desselben unwahrscheinlich. Aber auch der Sitz selbst ist ungewöhnlich. Denn sehr häufig entwickeln sie sich vorn in der Scheide des Rektus, oder vom Rektus selbst aus bzw. von den Inscriptiones tendineae. Nach der sehr fleißigen Arbeit von Pfeifer (Beitr. zur klin. Chir., Bd. XLIV, Heft 2) sind diese Bauchdeckenfibrome keineswegs die unschuldigen Fibrome, für die sie so oft gehalten werden, und nur durch frühzeitige

[1]) Nach einer Mitteilung in der Gynaekologischen Gesellschaft zu Dresden.

Exstirpation läßt sich ihre Prognose bessern. Nach der Arbeit Pfeifers stellten sich Rezidive auch da ein, wo die Untersuchung des Primärtumors reines Fibrom ergeben hatte.

Man tut also gut, die wegen Bauchdeckenfibrom Operierten ebenso wie die wegen Karzinom operierten Frauen im Auge zu behalten.

Aus der gynaek.-geburtsh. Abteilung des Landesspitales in Laibach
(Vorstand: Prof. Dr. v. Valenta).

Über Mittelhochlagerung und Staffeltamponade.

(Ein Beitrag zur Behandlung peri-parametraner Tumoren.)

Vom Assistenten Dr. **E. Gallatia.**

Angeregt durch die bekannte Schrift von Dr. Pincus in Danzig: „Belastungslagerung“ suchte ich mir speziell Fälle aus, die nur mit starker Exsudatbildung sowohl para- als auch perimetranen Ursprunges verbunden waren, um an ihnen die von Dr. Pincus warm empfohlene Methode zu studieren. Die Absicht, die mich hierbei leitete, war zunächst die, einen Vergleich zu ziehen zwischen konservativer Behandlung und der Belastungslagerung hinsichtlich der Behandlungsdauer. Andrerseits ging ich schon vom Beginne an darauf aus, die Methode zur Stellung einer exakten Diagnose nach Schwinden von peri-parametranen Ödemen zu benutzen.

Ich bemerke im vorhinein, daß ich die endokolpische Belastung durch Quecksilber absichtlich außer acht ließ, um die Methode auch für die einfachsten Sprechstundenverhältnisse zu erproben.

Was zunächst die Physiologie der Wirkung der Staffeltamponade in Verbindung mit Mittelhochlagerung und Belastung des Unterleibes mit Schrotbeutel anbetrifft, so verweise ich auf die Studien von Pincus, Halban und Frankl. Nach deren Erfahrung findet durch Mittelhochlagerung zunächst eine verbesserte Abfuhr des venösen Blutes statt. Durch den Druck der sich dem Scheidengewölbe sanft anschmiegenden Tamponade werden die dem Scheidengewölbe aufliegenden Gebilde gegen die Bauchdecken gehoben: durch den Gegendruck des dem Bauche aufliegenden Schrotbeutels werden Ödeme ausgepreßt und die Gewebe anämisch gemacht. Nach Entfernung dieser Vorrichtungen kommt es naturgemäß zur Erweiterung der Gefäße, zur erhöhten Leukozytose und hiermit zur erhöhten Resorption. Es wird somit der doppelte Zweck erreicht: 1. rasches Schwinden des entzündlichen Ödems und 2. raschere Resorption.

Was die Technik des Verfahrens anlangt, so hielt ich mich anfangs an die Vorschrift von Pincus: alle 4 Tage Wechsel der Tamponade nach vorhergegangener Desinfektion der Vagina mit Lysol, Auswischen der Zervix mit Jodtinktur. Die Tamponade selbst übte ich nach Fritsch, d. h. zunächst Legen des Streifens von vorne nach rückwärts und sodann von rechts nach links. Nach meiner bisherigen Erfahrung muß ich jedoch dem Vorschlage Frankls zustimmen: Jeden Tag Tamponade wechseln! Es werden nicht nur hierdurch Erosionen und Desquamation der Vagina vermieden, sondern es kann die Belastungslagerung auch mit anderen Methoden kombiniert werden.

Bei der Mittelhochlagerung stelle ich das Fußende des Bettes auf Holzpflöcke zwischen 20—30 *cm*. Rumpf und Kopf werden durch Keilposter in eine entsprechende horizontale Lage gebracht, um die Hyperämie der Kopforgane zu verhindern. Diese

Lagerung bleibt während der ganzen Behandlungsdauer bestehen, die Belastung durch den Schrotbeutel dagegen findet nur 2mal täglich durch 2 Stunden hindurch statt.

Ausdrücklich hebe ich hervor, daß sorgfältige Temperaturmessungen stets gemacht wurden, um einen eventuell durch die Methode klargestellten Eiterherd beizeiten zu erkennen und sachgemäß zu behandeln.

Akute, fieberhafte Prozesse habe ich bei meiner Versuchsreihe ausgeschlossen, erst nach Abklingen des Fiebers wurde Belastungslagerung angewendet. Ich bemerke nochmals, daß ich die Methode nur zur Behandlung exsudativer Prozesse, niemals jedoch zur Behandlung von Residuen nach solchen wie Narben usw. brauchte.

Als geheilt bezeichne ich hier alle Fälle, in denen vielleicht Narbenstränge oder Deviationen des Uterus zurückblieben, ohne jedoch physiologisch Beschwerden zu machen.

Einen Nachteil — sit venia verbo — möchte ich jedoch anführen: Wenn nämlich durch die Behandluug die Schmerzen geschwunden und die Ödeme kleiner geworden sind, so verlangen die Patienten häufig vorzeitig ihre Entlassung.

Ich gehe nun zu meinen Fällen über. Zunächst möchte ich Parametritiden puerperalen Ursprunges anführen, eine davon tuberkulös entartet, durch Infektion vom tuberkulösen Darm aus:

Nr.	Name	Diagnose	Therapie
I.	Ž. F.	Res. placentae. Parametr. Exsudat v. d. Symphyse bis zur Sp. a. tub. sin. Fieber	Ausräumung, 56 Tage konservative Beh., Exsudat mannsfaustgroß, 10 Tage Belastungslagerung, Uterus durch ein Band fixiert.
II.	J. G.	Parametr. post. et dextra. Starres Infiltrat bis zum Rippenbogen	52 Tage konservative Beh., Exsudat 4 Finger über der Symphyse, 30 Tage Belastungsl. Mit geringem Exsudate geheilt entlassen.
III.	K. M.	Kindskopfgroße Parametr. sin.	keine konservative Beh., 24 Tage Belastungslagerung. Ohne Exsudat geheilt entlassen.
IV.	M. J.	Parametr. puerp., Subinvol. uteri	16 Tage Belastungsl. Mit minimalem Exsudatreste entlassen.
V.	S. M.	Parametr. puerp., 4 Finger über die Symphyse reichend	26 Tage konservative Beh., Exsudat faustgroß, 28 Tage Belastungsl., kein Exsudat.
VI.	S. O.	Parametr. puerp., faustgroßes Exsudat	Keine konservative Beh., 24 Tage Belastungslagerung mit 5täg. Unterbrech. wegen Darmkatarrh. Geheilt ohne Exsudat.
VII.	J. Z.	Parametr. sin. et post., mannskopfgroß	32 Tage Belastungsl., kein Exsudat.
VIII.	L. M.	Parametr. sin., apfelgroß	7 Tage konservative Beh., 20 Tage Belastungslagerung, nur Stränge mehr.
IX.	B. A.	Parametr. tuberc., beide Parametr. steinhart	Konservative Beh. und Belastungsl. erfolglos.
X.	Č. Fr.	Parametr. puerp. sin. faustgroß, Tum. adnex. apfelgroß	Keine konservative Beh., 5mal Belastungslagerung 15 Tage, rechts Adnexe leicht verdickt, links geringe Adhäsionen.
XI.	K. M.	Pericyst. puerp. (Blase vollk. eingebacken). Parametr. puerp., rechts, Exsudat bis an die Symphyse reichend, links apfelgroß. Fieber	10 Tage Bettruhe, Entfieberung, 20 Tage konservative Beh., Perizystitis geschw., rechts und links apfelgroßes Exsudat, durch 8 Tage Belastungsl. Mit daumendickem Exsudat auf eigenes Verlangen entlassen.

Es befanden sich somit unter 11 Fällen 9 Heilungen und eine so bedeutende Besserung, daß eine 2malige Belastungslagerung zur Heilung geführt hätte, wenn die Patientin infolge subjektiven Wohlbefindens nicht um ihre Entlassung gebeten hätte. In einem Falle versagte die Belastungslagerung sowie alle übrigen Methoden, da es sich um eine Infektion des Parametriums vom Darme aus handelte, wie ja die Sektion dies feststellte.

Es folgt nun die Gruppe der peri-parametranen Exsudatbildungen im Anschluß an Adnexerkrankungen, beziehungsweise Tumoren der Ovarien und Tuben, insgesamt 15 Fälle.

Nr.	Name	Diagnose	Therapie
I.	P. A.	Alte gon. Peri-parametr., Retroflexio ut., kleinfingerdicke Adnexe	25 Tage konservative Beh., kein Erfolg. 20 Tage Belastungsl., Adnexe abgeschw., nicht schmerzhaft, Uterus retroponiert. Geheilt entlassen.
II.	Sz. M.	Peri-parametr., bis an die Sp. a. sup. reichendes Exsudat. Eingebacken Tumor ovarii	34 Tage konservative Beh., kein Erfolg, 27 Tage Belastungsl.. aus dem Exsudat kommt ein mannskopfgroßer linksseitiger Ovarialtumor zum Vorschein. Pat. verweigert die Operation. Geheilt ohne Exsudat entlassen.
III.	Pogl. El.	Peri-parametr., Pelveoperit. Uterus eingebacken	15 Tage konservative Beh., Uterus tastbar, 16 Tage Belastungsl., kein Exsudat. Uterus frei beweglich.
IV.	Nov. W.	Peri-parametr. sin., Salpingo-Oophoritis d.	20 Tage konservative Beh., unverändert. 22 Tage Belastungsl., kein Exsudat. Adnexe kaum verdickt.
V.	Fr. M.	Peri-parametr. lat. utr. Uterus unbeweglich. Degen. cyst. ov. lat. utr. infolge Exsudat nicht tastbar	12 Tage konservative Beh., leichter Rückgang der akuten Exsudation, 30 Tage Belastungsl., kein Exsudat, Uterus leicht beweglich, ebenso die Ovarien, beide zystisch degen., nußgroß. Geheilt entlassen.
VI.	L. Th.	Endometr. purul., Porte caustique, daran anschl. ein bis zum Beckeneingang reichendes Exsudat	18 Tage konservative Beh., Exsudat apfelgroß, 12 Tage Belastungsl., Exsudat kleinfingerdick.
VII.	Šk. M.	Peri-parametr., kleines Becken von einem starren Exsudate ausgefüllt	32 Tage konservative Beh., Exsudat bis an die Sp. ant. sup. gewachsen, 29 Tage Belastungsl., Exsudat nur mehr im Dougl. nachweisbar, 10 Tage konservative Beh.. kein Exsudat.
VIII.	Pgl. Th.	Antepositio uteri tumor abdom.. Peri-parametr., Exsudat bis 3 Finger oberh. d. Symphyse	Probepunktion 0, 20 Tage Belastungsl., Uterus nach vorne gedrängt, dahinter ein kindskopfgroßer Tumor, kein Exsudat in den Parametr., keine Beschw.
IX.	Pl. M.	Peri-parametr., d ganze Becken ausfüllend. Uterus nach vorne und rechts gedrängt	Zunächst 20 Tage Belastungsl.. dann nach den Menses noch 8 Tage, Exsudat zurückgegangen, Uterus beweglich. links ein walnußgroßer beweglicher Adnextumor. (Zur Operation bestellt.)
X.	Kr. M.	Peri-parametr., im Dougl. ein unbeweglicher Tumor (Hydrosalpinx, Kystoma ovarii)	14 Tage Belastungsl., Tumor beweglich. Operation: Hydrosalpinx u. Kystom stark verwachsen (frische Adhäsionen).

Nr.	Name	Diagnose	Therapie
XI.	J. R.	Peri-parametr. sin., Tumor adnex. d.	24 Tage Belastungsl., links Exsudat geschwunden, rechts Tumor beweglich. Operation ergab Pyov. und Pyosalpinx d., starke perimetritische Verwachsungen.
XII.	Str. Th.	Peri-parametr. Tumor adnex.	65 Tage konservative Beh., ohne Erfolg, 20 Tage Belastungsl., geheilt.
XIII.	Gr. A.	Gon. asc., Salpingo-Oophoritis sin et dextra, Pelveoperitonitis, unbewegliches Exsudat	32 Tage konservative Beh., kein Erfolg, 12 Tage Belastungsl., rechts normal, links daumendick.
XIV.	Fl. Joh.	Peri-parametr. ex Oophoritis d. et tum. ov. sin.	30 Tage konservative Beh., rechts kleines, links gleich großes Exsudat, keine sich. Diagnose, 12 Tage Belastungsl., walnußgroßer bewegl. linksseit. Ovarialtumor.
XV.	E. H.	Peri-parametr., mannsfaustgr. Exsudat. Tum. adnex sin.	25 Tage kombinierte Beh., Exsudat geschwunden, Tumor nicht groß.

In 6 Fällen der letzten Tabelle hatte die konservative Methode gar keinen Erfolg, es wuchs sogar in einem Falle das Exsudat ganz bedeutend. Die konservative Behandlung dauerte durchschnittlich 36·3 Tage im Einzelfalle, insgesamt 218 Tage. Die angeschlossene Belastungslagerung binnen 21·6 Tagen im Einzelfalle (zusammen 130 Tage). Heilung beziehungsweise eine sichere Diagnose ließ sich nach Schwund des Exsudates stellen. In 4 Fällen zunächst Besserung unter konservativer Behandlung. Durchschnittlich pro persona 18·75 Tage (insgesamt 75 Tage), sodann Heilung durch Belastungslagerung durchschnittlich in 17·5 Tagen (insgesamt 70 Tagen). In 4 Fällen wurde nur die Belastungslagerung angewandt, es handelte sich um Perimetritis bei Ovarial- und Adnextumoren, 2 davon wurden operiert, 2 zur Operation bestellt, erschienen jedoch nicht. Durchschnittliche Behandlungsdauer 21·5 Tage, insgesamt 86 Tage. 1 Fall wurde der kombinierten Behandlung unterzogen, Heilung in 25 Tagen.

Die nächste Gruppe umfaßt 3 Fälle von Pelveoperitonitis, beziehungsweise Hämatokele retrouterina:

Nr.	Name	Diagnose	Therapie
I.	V. M.	Pelveoperitonitis	20 Tage konservative Beh., gewachsen, 32 Tage Belastungsl., Heilung.
II.	E. B.	Pelveoperitonitis gon.	12 Tage konservative Beh., kein Erfolg, 12 Tage Belastungsl., Heilung.
III.	J. Fr.	Haematokele retro-uterina	17 Tage Bettruhe, 38 Tage Belastungsl., alles geschwunden bis auf daumendicken, beweglichen Hämatosalpinx.

Als letzten Fall führe ich eine Subinvol. uteri 3 Wochen post-partum an. Uterus in Nabelhöhe — 12 Tage Belastungslagerung. Uterus normal involviert.

Die zahlenmäßige Darstellung hinsichtlich der Dauer als auch den Erfolg bei den konkurrierenden Behandlungsmethoden führt zu sehr interessanten Ergebnissen. Der

konservativen Behandlung ohne Erfolg mit nachfolgender Belastungslagerung wurden unterworfen 8 Fälle = 26·7%.

Dauer der konservativen Behandlung insgesamt 240 Tage = 30 Tage pro persona im Durchschnitt.

Dauer der Belastungslagerung insgesamt 174 Tage = 21·75 Tage pro persona.

Der konservativen Behandlung mit Erfolg und nachfolgender, rasch zum Ziel führender Belastungslagerung wurden unterzogen 9 Fälle = 30%.

Dauer der konservativen Behandlung insgesamt 236 Tage = 26·2 Tage pro persona.

Dauer der Belastungslagerung insgesamt 166 Tage = 18·4 Tage pro persona.

Nur mit Belastungslagerung von vorneherein wurden nach Ablauf des fieberhaften Stadiums behandelt 11 Fälle = 36·7%.

Insgesamt dauerte die Behandlung 247 Tage = 22·45 Tage im Durchschnitt.

1 Fall wurde kombiniert behandelt und ergab nach 25 Tagen Heilung, während die konservative Behandlung einige Monate gar keine Wirkung erzielt hatte.

1 Fall erwies sich gegenüber jeder Methode resistent, da es sich um Tuberkulose handelte.

Allein nicht nur hinsichtlich der Behandlungsdauer, sondern auch in diagnostischer Hinsicht hat die Belastungslagerung schöne Erfolge zu verzeichnen. In 7 Fällen = 23·3%, sämtliche der Gruppe der peri-parametranen Exsudate angehörend, konnte nach kurzer Belastungslagerung die sichere Diagnose gestellt werden. Es handelte sich in 5 Fällen um Ovarialtumoren, zweimal um entzündliche Adnextumoren — Hydropyosalpinx — beziehungsweise Pyovarium. Somit 16·7% Ovarialtumoren und 6·6 Adnextumoren. Zur Operation entschlossen sich 2 Fälle = 6·6%, 2 wurden bestellt, erschienen jedoch nicht. 3 wurden nach einiger Zeit zur Revision bestellt, doch fand sich kein Anlaß zu einer Operation.

Ich glaube hiermit, daß die von Pincus propagierte Belastungslagerung eine wertvolle Bereicherung des Heilschatzes bei gynaekologischen exsudativen Vorgängen bedeutet.

Die Bedeutung liegt jedoch nicht nur darin, daß sehr resistente Prozesse durch die Belastungslagerung zum Schwinden gebracht werden, sondern auch darin, daß die durchschnittliche Behandlungsdauer abgekürzt wird. Letzterer Umstand ist in der Anstaltsbehandlung ein wichtiger Faktor, sowohl vom finanziellen, als auch moralischen Standpunkte aus; sind ja doch die 2—4 Monate auf den Abteilungen liegenden Kranken eine psychische Infektionsgefahr für die Umgebung. Die täglich wechselnden Klagen wirken auch auf die anderen, der Ruhe pflegenden Kranken suggestiv ein, so daß bald das ganze Krankenzimmer mehr minder neurasthenische Symptome aufweist. Daß die Stellung des Arztes hierbei eine sehr schwierige ist und von seiten der Patientinnen häufig eine falsche Beurteilung erfährt, ist ja bekannt. Es ist daher jede Methode, die rasch zum Ziele führt, mit Freude zu begrüßen.

Hierdurch will ich jedoch nicht den Anschein erwecken, als ob die Belastungslagerung die einzige zum Ziel führende Methode sei. Im Gegenteil, eine individualisierende und kombinierte Behandlung wird oft eher zum Ziele führen als das starre Festhalten an einer Methode.

Auch privat konnte ich die Belastungslagerung in mehreren Fällen mit Erfolg durchführen, Schwierigkeit bot nur die von Frankl empfohlene tägliche Tamponade, die nach 4—6 Tagen zu wechselnde Tamponade nach Pincus ließen sich die Patientinnen eher gefallen. Der zweite wunde Punkt liegt jedoch in der konsequenten Durchführung

der Behandlung. Die rasch eintretende Schmerzlosigkeit, das subjektive Wohlbefinden und die oft von Tamponade zu Tamponade zu konstatierende objektive Besserung verführen die Patientinnen zu Unregelmäßigkeiten oder häufig zum vorzeitigen Abbrechen der Behandlung.

Hebammenwesen und Sozialhygiene.

Unstimmigkeiten im Hebammenlehrbuch.[1])

Referat von Dr. **Feige,** königl. Kreisarzt, Marienburg, W.-Pr., nebst Diskussionsbemerkungen von Dr. **Köstlin,** Direktor der Provinzial-Hebammen-Lehranstalt Danzig.

I. Referat Feige.

Man muß zwar in hohem Maße anerkennen, daß das Preußische Hebammenlehrbuch von 1904 sehr sorgfältig ausgearbeitet und ganz dazu angetan ist, die Hebammen für ihren schwierigen und dornenvollen Beruf so vorzubereiten, wie man es sich nur wünschen kann. Das Lehrbuch ist so vorzüglich, daß wohl so mancher praktische Arzt Gelegenheit nehmen könnte, es ordentlich durchzustudieren, er würde dann sehr viele Sachen darin finden, die ihm für die Praxis von größtem Nutzen sein könnten. Indessen ist es ein großer Fehler, daß noch nicht ein Jahr nach Herausgabe des Lehrbuches verflossen war, als bereits Einlagebogen erschienen, die mehrfache Widersprüche mit dem ursprünglichen Texte enthalten. Ich beziehe mich hier nicht auf den Neudruck des Lehrbuches von 1905, da dieser in den Händen von nur sehr wenigen Hebammen sich befindet, die meisten besitzen die Auflage von 1904 mit den — ich kann nur sagen — unglückseligen Einlagebogen. Noch schlimmer ist es, daß durch die fortwährenden Änderungen sich der Hebammen eine große Unsicherheit bemächtigt. Sie wissen schließlich nicht mehr, was veraltet und was jetzt Vorschrift ist. Dies gilt vorzüglich für die unter dem früheren Regime ausgebildeten Hebammen, die sich zum Teil nur schwer an die neuen und strengen Vorschriften gewöhnen können. Vielfach schlägt auch das Lehrbuch einen zu hohen Ton an, den die meist einfachen Frauen nicht verstehen können, wenn sie nicht in einem Wiederholungskurs darauf gedrillt werden. Ich halte für unbedingt erforderlich, daß in regelmäßigem Wechsel sämtliche Hebammen bei den jetzigen hohen Anforderungen Wiederholungskurse durchmachen; leider hat aber der Landeshauptmann an die Landräte ein Schreiben gerichtet, wonach wegen Überfüllung nur solche Hebammen zum Wiederholungskurs einberufen werden sollen, welche in zwei aufeinanderfolgenden Jahren die Nachprüfung mit „kaum genügend“ oder mit „nicht genügend“ abgelegt haben. Für die Kreisärzte ist jedoch maßgebend § 61 der D. A., wonach solche Hebammen am Wiederholungskurs teilnehmen sollen, welche nur einmal ungenügende Kenntnisse zeigen. So segensreich die Nachprüfungen wirken, so sind sie doch nicht imstande, einen Wiederholungskurs zu ersetzen, und es ist nicht anzunehmen, daß eine Hebamme, die die Note „nicht genügend“ erhalten hat, durch Selbststudium sich weiter fortbildet. Nach der D. A. soll sogar die Entziehung des Prüfungszeugnisses veranlaßt werden, wenn die Kenntnisse sich dauernd als ungenügend erweisen.

[1]) Aus der amtlichen Zusammenkunft der Medizinalbeamten des Regierungsbezirkes Danzig am 3. November 1907 in Danzig.

Nun zurück zum Lehrbuch. In der Einleitung wird mit Recht betont, daß bei jeder Regelwidrigkeit sofort ein Arzt zuzuziehen ist (S. 1). Aber schon auf der folgenden Seite wird gesagt, daß die Hebamme auch Kenntnis haben soll von der allgemeinen Krankheitslehre. Das erscheint in diesem Grade nicht richtig. Die Bevölkerung neigt ohnehin dazu, erst alle möglichen anderen Leute um Rat zu fragen, ehe sie einen Arzt zuzieht, und andrerseits neigen wenigstens die älteren Hebammen sehr zur Kurpfuscherei, schon um sich den Anschein zu geben, als verstünden sie eben so viel als der Arzt. Dies ist eine Folge der Halbbildung: von Lungenschwindsucht, Lungenentzündung, Typhus, Pocken u. dgl. brauchen die Hebammen nichts zu wissen. Die langen Abhandlungen hierüber stehen im Widerspruch mit der Forderung, bei jeder Regelwidrigkeit einen Arzt rufen zu lassen. Auch vermehren sie unnötigerweise den Ballast im Hebammenlehrbuch, das kürzer angelegt sein müßte, um verständlicher zu sein. Wenn die Hebammen das jetzige dicke Buch erblicken, so fürchten sie sich schon davor. So ist wohl das meiste von dem Kapitel „Wichtige Krankheiten“ (S. 53 ff., § 77 ff.) überflüssig. Auch die Frauenkrankheiten (S. 59 ff., § 86 ff.) sind viel zu weitläufig behandelt, z. B. Krebs der Gebärmutter. Hier wird auf S. 61, § 87 besonders betont, daß eine Hebamme niemals eine an dieser Krankheit leidende Frau untersuchen darf, während S. 275, § 385 genau beschrieben wird, woran der Krebs zu erkennen ist.

Nach § 92, S. 63 soll der Katheter vor der Benutzung 5 Minuten lang ausgekocht werden; auf dem Einlagebogen zu § 194, S. 152 werden 15 Minuten verlangt.

Auf S. 64, § 92 wird die Anwendung des Katheters erklärt. Hier fehlt aber die Bestimmung, daß der Gummikatheter vollständig in die hohle Hand genommen werden soll, damit er nicht die Oberschenkel oder die nicht keimfreie Wäsche oder dergleichen berührt.

Zu S. 66, § 94 ist zu bemerken, daß das Mutterrohr nicht nur eine einzige große Ausflußöffnung besitzen soll, sondern mehrere kleinere. Es liegt sonst die Gefahr vor, daß der Strom in zu großer Heftigkeit den Muttermund trifft und in die Gebärmutter eindringt.

Auf S. 73, § 103 könnte die Abhandlung über Kulturen von Bazillen ohne Schaden, ja sogar zum Nutzen des Lehrbuches wegbleiben.

Auf S. 80, § 113, 7 findet sich wieder die Vorschrift, die Geräte 15 Minuten lang auszukochen, während S. 63, § 92 der Katheter nur 5 Minuten gekocht werden soll.

Auf S. 80, § 113, 6 Einlagebogen wird mit Recht verlangt, daß auf der einen Bürste das Wort „Seife“ stehen soll. Viele Handlungen liefern den Hebammen jedoch Bürsten mit dem Aufdruck „Hände“, gerade als ob sie sich mit den anderen Bürsten die Beine reinigen sollten.

Zu S. 81, § 114. Ich halte die Vorschrift der Anwendung von Sublimat mit vielen anderen für unglückselig, und zwar ganz abgesehen von der Vergiftungsgefahr. Wenn eine vielbeschäftigte Hebamme der Vorschrift nachkommt, bei jeder Entbindung und ebenso bei jedem Wochenbesuch sich die Hände 3 Minuten lang mit Sublimatlösung abzubürsten, so werden ihre Hände dermaßen rauh, daß sie gründlich überhaupt nicht mehr desinfiziert werden können. Die Anzahl der Hebammen wird immer größer, welche um die Erlaubnis bitten, Lysol benutzen zu dürfen.

Was das Lysol anbelangt, so ist es fraglich, ob nach dem neuen Lehrbuch auch Kresolseifenlösung benutzt werden darf. Ich glaube, daß man diese Frage bejahen darf.[1])

---

[1]) Inzwischen durch Ministerialerlaß erledigt. Anm. während der Korrektur.

Auf S. 84 ff., § 119 wird erste Hilfe bei Unglücksfällen besprochen. Auch das ist wohl nicht richtig, da die Hebammen dann glauben, zur Behandlung derartiger Sachen berechtigt zu sein, und die Zuziehung eines Arztes unterlassen. Sie sollen zu derartigen Sachen gar nicht gerufen werden, um nicht der Kurpfuscherei zu verfallen.

Im Mai d. J. fand in Dresden eine Sitzung der Vereinigung zur Förderung des deutschen Hebammenwesens statt. Da wurde von einigen Rednern verlangt, daß in das Lehrbuch ein Abschnitt über Dyspepsie der Säuglinge und über Rachitis aufgenommen würde. Ich halte das für ganz verfehlt. Abgesehen davon, daß das Volumen des Lehrbuchs und der Lernstoff noch stärker vermehrt würde, würden dadurch die Hebammen amtlich zur Pfuscherei erzogen. Es ist viel besser, wenn sie davon so wenig wie möglich erfahren, sonst erteilen sie selbst Rat und verlieren damit kostbare Zeit, bis ein Arzt zugezogen wird. Jedenfalls würde das nicht zur Verminderung der Säuglingssterblichkeit führen.

Was die bei Entbindungen und Wochenbesuchen mitzunehmenden Geräte betrifft, so wird ihre Zahl immer größer. Die Tasche faßt nicht mehr alle Geräte, und die Hebammen müssen stets eine Menge meist unnötiger Sachen, wenigstens bei Wochenbesuchen mit sich schleppen. Es ist dies besonders bei Landhebammen, die oft viele Kilometer weit gehen müssen, ein großer Übelstand. Es wäre wohl die Erwägung angebracht, ob die Tasche nicht etwas entlastet werden könnte.

S. 152, § 194, 14. Das Leinenband zur Unterbindung der Nabelschnur soll in einem gläsernen oder metallenen Behälter aufbewahrt werden. Ein gläserner Behälter eignet sich wegen seiner Zerbrechlichkeit dazu gar nicht. Es gibt im Handel sehr empfehlenswerte Blechbüchsen, welche einen seitlichen Einschnitt haben, aus dem das Band etwas hervorragt, und in dem es durch Drehung des Deckels festgeklemmt werden kann.

S. 152, § 194, 6. Die Beutel aus wasserdichtem Stoff, in dem die Bürsten aufbewahrt werden sollen, haben den großen Übelstand, daß sie beim Auskochen sehr unansehnlich werden und so aussehen, als ob sie über und über mit Schmutz bedeckt wären. Es müßte hier ein durch das Kochen nicht angreifbarer Stoff angegeben sein.

S. 153, § 194, 23. So notwendig die Gummihandschuhe erscheinen, ist es doch nötig, dieselben etwas fester herstellen zu lassen, da sie vielfach bei der ersten Benutzung zerreißen.

S. 167, § 219 wird auf dem Einlagebogen verlangt, daß die Nachgeburt erst nach einer Stunde durch Credé entfernt werden darf. Im ursprünglichen Text findet sich unten auf derselben Seite noch die Bestimmung, daß man nur $^1/_2$ Stunde zu warten braucht.

S. 187, § 254, ebenso S. 364, § 25 D. A. wird verlangt, daß die Wöchnerin 8, ja sogar 10 Tage lang täglich zweimal, mindestens aber einmal besucht werden soll. Es fragt sich nun, ob Landhebammen, die diese Besuche unterlassen, entschuldigt sind, wenn sie angeben, daß sie nicht mehr mit Gespann abgeholt worden seien. Es kommt auf diese Weise bei einigen Hebammen vor, daß sie überhaupt keine Wochenbesuche machen, und die ganzen schönen Vorschriften des Lehrbuches fallen damit ins Wasser.

Die Empfehlung des Soxhlet-Apparates auf S. 195, § 268 ist ein zweischneidiges Mittel. Die Dienstboten und die Landleute nehmen es meist mit der Reinlichkeit nicht so genau: wenn aber der Soxhlet nicht ganz sorgfältig bedient wird, ist er erst recht eine Brutstätte für Mikrokokken, und ein gewöhnlicher Kochtopf ist dann tausendmal vorzuziehen.

Die Schultzeschen Schwingungen (S. 313 ff., § 462) bleiben wegen ihrer großen Gefährlichkeit am besten ganz aus dem Lehrbuch fort.

S. 355, § 2 D. A. wird verlangt, daß das Tagebuch dem Kreisarzt am Jahresschluß „einzuliefern“ ist. S. 370 lautet der Ausdruck „vorlegen“. Es frägt sich nun, ob der Kreisarzt die Tagebücher behalten soll, wie der Ausdruck „einliefern“ zu erklären wäre, oder ob er sie den Hebammen zurückgeben soll, was unter „vorlegen“ zu verstehen wäre. Ich bin der Ansicht, daß das Tagebuch Eigentum der Hebamme ist und derselben zurückgegeben werden muß, ganz abgesehen von dem Ballast, der durch die Tagebücher der Registratur des Kreisarztes einverleibt wird.

S. 372. In dem Tagebuch für die Hebammen fehlt in Spalte 4 eine Frage nach der Länge des Kindes. Die Hebamme muß ein Bandmaß mit sich führen, um die Länge der Frucht zu messen, sie weiß aber nicht, in welcher Rubrik sie die Angabe unterbringen soll.

Da, wie verlautet, in nächster Zeit wieder eine neue Auflage des Lehrbuches erscheinen soll, so wäre es wünschenswert, wenn die gerügten Mißstände beseitigt würden, um ein wirklich brauchbares Werk zu schaffen. Vor allem ist es dringend erforderlich, daß mit der unglückseligen Einrichtung der Einlagebogen bzw. Deckblätter gebrochen wird, weil dadurch nur Verwirrung in den Köpfen der Hebammen entsteht. Viel besser überließe man diese Berichtigungen den Kreisärzten, die gelegentlich der Nachprüfungen die Hebammen mit den Änderungen vertraut machen könnten, schon deswegen, weil oft genug die Hebammen den Wortlaut nicht verstehen.

Leitsätze.

1. Das jetzt benutzte Hebammenlehrbuch behandelt mehrfach Punkte, die für die Hebammen unwesentlich oder für die Ausübung ihres Berufes gefährlich sind, zu ausführlich.
2. Die häufigen Änderungen des Lehrbuches durch Deckblätter sind zu vermeiden, da sie Verwirrung hervorrufen und oft genug mit dem ursprünglichen Text im Widerspruch stehen.
3. Das Lehrbuch ist mehrfach in einem Ton gehalten, der für die Fassungskraft der jetzigen Hebammenschülerinnen nicht verständlich genug ist. (Schluß folgt.)

Bücherbesprechungen.

G. Klein, Alte und neue Gynaekologie. München 1907, J. F. Lehmanns Verlag.

Vorliegendes Werk ist eine reichhaltige Festschrift, die G. Klein mit den Ärzten der Gynaekologischen Universitäts-Poliklinik in München Geheimrat v. Winckel zur Feier seines 70. Geburtsfestes gewidmet hat.

Wie schon der Titel des Werkes besagt, besteht diese Festschrift aus zwei Teilen: im ersten Teile werden Beiträge zur Geschichte der Gynäkologie geliefert, während der zweite Abschnitt Abhandlungen über aktuelle Themen enthält.

G. Klein bringt in seinen zwei Abhandlungen des ersten Teiles („Bildliche Darstellungen des weiblichen Genitales vom 9. Jahrhundert bis Vesal“ und „Berühmte Geburtshelfer des 16. und 17. Jahrhunderts“) hochinteressante Beiträge zur Geschichte des Faches, indem er uns in der ersten Abhandlung zum Teil bekannte, zum Teil nur in seinem Besitze befindliche, zum Teile äußerst seltene und schwer zu erreichende Abbildungen vorführt, von denen als gar seltenes Exemplar das prachtvolle Titelbild von Vesal „De humanis corporis fabrica“ aus dem Jahre 1543 besonders hervorzuheben ist. Zu einem Referate eignen sich aber leider weder diese beiden Abhandlungen

Kleins noch Stöckers, Paz' und Kleins „Eine spanische Abhandlung über Zeugung und Schwangerschaft aus dem Jahre 1495". Alle drei Abhandlungen sind außerordentlich fesselnd und lehrreich, man gewinnt aus denselben einen realistischen Einblick in die durch die Vergangenheit zum Teil gar zu sehr idealisierten Persönlichkeiten der alten Gynaekologie, andersteils sieht man, daß schon zur damaligen Zeit mehr intuitiv so manch schwieriger Vorgang in der Zeugung und Schwangerschaft zum Teil richtig geahnt worden war.

Die Arbeiten des zweiten Teiles der Festschrift sind folgende:

1. Erich Aulhorn, Ergebnisse der Blutuntersuchung in der Gynaekologie. Die Blutuntersuchung fand statt bei verschiedenen gynäkologischen Erkrankungen. Wir wollen aber nur Befunde, die von einer gewissen Tragweite sind, hervorheben. Eine Reihe von Fällen, in denen der Hämoglobingehalt des Blutes ziemlick stark herabgesetzt war, darunter eine mit 55%, bei denen entweder gar keine stärkeren Blutungen oder nur etwas verstärkte Menstruation zu konstatieren war, erwiesen, daß Myome nicht nur durch die Blutungen sondern auch direkt durch ihre Stoffwechselprodukte schädlich auf den Organismus, speziell auf den Hämoglobingehalt des Blutes einwirken können. Die Erythrozytenzahlen ergaben nichts Bemerkenswertes, sie stiegen und fielen mit dem Hämoglobingehalt. Die Leukozytenbefunde waren zum Teil schwer zu erklären. Steigerungen sind als posthämorrhagische Leukozytose aufzufassen, doch finden sich in der Mehrzahl der Fälle bei geringem Hämoglobingehalt auch niedrige Leukozytenwerte. Hierfür wäre die Erklärung Leisewitz' heranzuziehen, der geschwächte Organismus sei insuffizient eine Vermehrung der weißen Blutkörperchen aufzubringen. Aus alledem wäre zu folgern, daß die Indikation zur Myomoperation ebenso wie die Prognose der Operation nicht zu allerletzt von der Blutuntersuchung abhängig zu machen wäre.

2. Erich Aulhorn, Ein Fall von malignem Chorioepitheliom. Eine 25jährige Frau wies drei Monate nach einer normalen Entbindung ein Chorioepitheliom der Scheide auf. Die Ausschabung der ziemlich stark vergrößerten Gebärmutter ergab normale Schleimhaut. 19 Tage nach isolierter Exstirpation des Scheidentumors traten Symptome von seiten des Gehirnes auf. Ungefähr 5 Wochen danach starb die Frau. Die Obduktion ergab Metastasen im Gehirn, in beiden Eierstöcken, in der Leber, Lunge und Muskulatur des Uterus. Die Frau wäre nach Verfasser auch durch die Radikaloperation wahrscheinlich nicht mehr zu retten gewesen, da er annimmt, daß die Metastasen weiter zurück datieren als die Operation. Weder klinisch noch mikroskopisch war nach den bisherigen Erfahrungen mit Sicherheit die Bösartigkeit der Geschwulst zu erkennen. Dieser Fall führt den Verfasser zur wohl einzig richtigen Überzeugung, daß der Standpunkt gerechtfertigt sei, gleich beim Erkennen eines operablen Chorioepithelioms die Radikaloperation, Entfernung des Tumors samt Uterus, auszuführen, da man dadurch doch vielleicht mancher Kranken das Leben retten kann.

3. Reinhardt Benndorf, Silkwormgut zur Fasziennaht bei Laparotomien. An der Hand von 178 Laparotomien prüft Verfasser die Ergebnisse der isolierten Fasziennaht mittelst Silkwormgut. Es fanden sich bei einer Prozentzahl der revidierten Frauen von 98·3% nur 2·8% Hernien. Wohlbewußt, daß der wichtigste Teil der Bauchnaht Asepsis und exakte Schichtnaht bilde, kann die Silkfasziennaht zu den brauchbarsten Nahtmethoden, um primäre Heilung und Schutz gegen Bauchhernien zu erzielen, gerechnet werden, da Silkwormgut leicht sterilisierbar ist und nicht drainierend wirkt.

G. Klein erwähnt hier anhangsweise, daß nach Artur Müller das Silkwormgut weder der Darm noch das Spinnorgan des Seidenwurmes sei, sondern der Inhalt des Spinnorganes; demnach ist Silkwormgut einfach unversponnene Seide. Die Silkfäden werden durch Einwerfen der Seidenraupe in Essig und künstliches Dehnen des Inhaltes der Spinndrüse gewonnen.

4. H. Eltze, Poliklinische Erfahrungen über Heißluftbehandlung. Die an 43 poliklinischen Patientinnen ausgeführte Heißluftbehandlung ergab verschiedene Resultate, je nachdem dieselben das subjektive Befinden oder den objektiven Befund betrafen: während letzterer als unbefriedigend zu bezeichnen ist, waren im Befinden mehrfach Besserungen festzustellen. So regelte sich vor allem die Darmfunktion. Blasenbeschwerden, wie Brennen oder Schmerzen beim Harnlassen hörten fast voll-

ständig auf, das Allgemeinbefinden hob sich, der Schlaf wurde besser, der Appetit kräftigte sich. Im großen ganzen aber führt die kritische Beleuchtung der Fälle zu dem Schlusse, daß die Heißluftbehandlung sich mehr für klinische als poliklinische Patienten eigne, da bei unbemittelten Kranken, die zur Arbeit gezwungen sind, die nötige Ruhe während der übrigen Zeit des Tages fehle. Weiter ergaben Verfassers Erfahrungen, daß die Heißluftbehandlungen bei allen subakuten und chronischen Affektionen des Beckenbauchfelles, des Beckenbindegewebes, der Gebärmutteranhänge und der Gebärmutter selbst mit Erfolg ausgeübt werden kann. Ebenso empfiehlt Eltze diese Behandlungsmethode zur Behebung chronischer Stuhlverstopfung. Als Kontraindikation fand Verfasser schwere Herzfehler, hohes Fieber, Tuberkulose, Schwangerschaft und akute eitrige Prozesse. Den Erfolg aber gewährleistet nur die klinische Behandlung, bei welcher die Frauen in der Behandlungszeit körperliche Anstrengung und Erkältung sicher vermeiden können.

5. H. Eltze, Die Behandlung mit Röntgenstrahlen bei einigen gynaekologischen Erkrankungen. Die Ergebnisse, die Eltze bei Behandlungen einiger gynaekologischer Erkrankungen mittelst Röntgenstrahlen berichtet, sind nicht vielversprechend. Bei diesen Bemühungen kommt hauptsächlich in Betracht das Karzinom. Die Schlußfolgerungen des Verfassers sind: bei jedem Karzinom hat man bei Operabilität desselben zu operieren; nicht operable Krebse sind zu exkochleieren und gründlich zu kauterisieren, worauf die Behandlung mit Röntgenstrahlen folgen mag; im Falle stärkerer Blutung muß wieder kauterisiert werden. Kauterisierte Krebse und frühzeitig belichtete Rezidive nach Operation werden durch die Röntgenstrahlen an ihrer raschen Ausbreitung gehemmt, Schmerzen und Jauchung während der Behandlungsdauer vermindert, erfordern aber doch oft gleichzeitige Darreichung schmerzmildernder Medikamente und desinfizierender Scheidespülungen. Das den Karzinomherd umgebende Bindegewebe wird durch das Röntgenisieren derber, es bildet oft gleichsam einen Mantel oder Wall, der vielleicht dazu beiträgt, das Fortschreiten des Karzinoms eine Zeitlang zu hemmen. Die Lebensdauer der mit inoperablem Krebs behafteten Frauen scheint manchmal verlängert zu werden. Eine Heilung trat niemals ein. Die Röntgenstrahlenbehandlung bei Pruritus vulvae scheint Besserung zu bringen: Zervixkatarrhe bleiben unbeeinflußt.

6. Mally Kachel, Zur Prognose der Ovarialtumoren. Unter 130 Fällen von Ovarialgeschwülsten waren 77% gutartig, 23% bösartig; doppelseitig waren 16·9%, und zwar 12·3% bei den benignen, 4·6% bei den malignen. Die primäre Mortalität der Ovariotomie betrug bei den benignen 4%, bei den malignen 40%. Nach 2 Jahren waren von den malignen Ovarialtumoren nur noch 20% am Leben. Daraus ergibt sich die strikte Regel, jeden Ovarialtumor so zeitlich als möglich zu operieren.

7. Th. Petri, Prolapsoperationen und ihre Dauererfolge. Von 75 Fällen sind 2·7% gestorben, 61·3% konnten nachkontrolliert werden. Die Operationsmethode bestand entweder nur in Kolpoperineorrhaphie, meist mit Kolporrhaphia anterior, mehrmals mit Ventrifixatio uteri kombiniert, in 3 Fällen Totalexstirpation. 93% hiervon primär verheilt, 67·8% rezidivfrei, demnach 32·2% Mißerfolge. Die besten Resultate ergaben die mit Ventrifixation kombinierten Prolapsoperationen.

8. Prof. Sakurai aus Nagasaki, Der Unterschied in der Geburtsdauer bei japanischen und europäischen Frauen. Verfasser gibt uns eine sehr interessante kurze Studie über die Geburtsdauer bei Japanerinnen im Vergleich zu den Europäerinnen. Sakurai konnte in seiner Heimat 172 Geburten bei Europäerinnen, 545 Geburten japanischer Frauen gegenüberstellen. Er fand hierbei eine kürzere Dauer der Geburt bei Japanerinnen, und zwar bei Erstgebärenden betrug die Differenz ungefähr 5, bei Mehrgebärenden ungefähr 1½ Stunden. Diesen Unterschied führt Sakurai auf die Körpergröße, auf die kürzere Scheide der Japanerinnen, wodurch der Widerstand vermindert wird, auf die verschiedene Beckenneigung (Europäerin 55—60°, Japanerin 40—50°), die geringere Schmerzempfindung und die Bauchpresse zurück. Die Schmerzen werden von den Japanerinnen besser ertragen; nach herkömmlicher Sitte wird die Japanerin von früher Kindheit an so erzogen, daß sie Schmerzen geduldig erträgt; deshalb schreit sie nicht während der Geburt, sondern beißt mit aller Gewalt auf ein kleines Tuch, das sie zwischen die Zähne nimmt, und

verstärkt so die Bauchpresse. Die verschiedene Beckenneigung bei der Japanerin hängt wohl mit der Gewohnheit zusammen, beim Schlafen und Sitzen die Beine stark zu beugen. Auch der Gang ist ganz charakteristisch, indem sie mit einwärts rotierten Beinen und gekrümmter Lendenwirbelsäule geht. Die starke Anteflexio uteri gravidi, die bei der Europäerin so oft Hochstand der Portio bedingt, führt Sakurai auf die Schädlichkeiten des Korsettes zurück, die bei der Japanerin ganz entfällt. Der bekannte Gürtel der japanischen Frauen hält den Leib ordentlich zusammen, außerdem wird vom fünften Schwangerschaftsmonate an eine Bauchbinde getragen, welche in einer besonderen Hausfeier von der eigenen Mutter überreicht werden muß.

9. G. Klein, Retroflexio uteri, Pessarbehandlung und Dysmetropexie. G. Klein gibt eine scharfe Kritik und berechtigte Verdammung der Polypragmasie der Retroflexionen der Gebärmutter. Bei kritischer Durchsicht seines eigenen Privatmateriales war Klein über die Behandlung und Operationsergebnisse unerwartet sehr enttäuscht. Zur Beleuchtung der Resultate genügt es, die Schlußfolgerungen des Verfassers wiederzugeben. Die Häufigkeit der Retroflexio-versio uteri beträgt bei Frauen mit gynaekologischen Beschwerden 10—25%. Die Zahl der absoluten Heilungen nach Pessarbehandlungen schwankt zwischen 5 und 24% — bei Klein 15%. Die mobile Retroflexion 1. und 2. Grades ist meist belanglos, sie kann für ihre Trägerin als die normale Lage bezeichnet werden; die angeblichen Retroflexionssymptome haben meist eine andere Ursache; die Lageveränderung bedarf deshalb keiner Behandlung, weder Pessar noch Operation. Berechtigt ist ein Versuch der Pessartherapie bei nicht fixierter Retroflexion 3. Grades, wenn sie Beschwerden macht, die mit Wahrscheinlichkeit nicht von anderen Störungen herrühren. Dann bei Retroflexio uteri gravidi incarcerata und schließlich bei Unfruchtbarkeit der Ehe, für welche andere Ursachen nicht aufzufinden sind. Die Indikation zur Metropexie ist bei mobiler Retroflexion noch weiter einzuschränken; vor Ausführung der Metropexie allein wegen Lageveränderung muß die Allgemeinbehandlung, die orthopädische Therapie und die sorgfältige Behandlung anderer Erkrankungen, besonders lokaler Entzündungsreste versucht werden. Die Metropexie führt häufig zu Störungen durch ungeeignete Ausführung der Operation, zu Rezidiven und zu ganz speziellen, durch die Operation selbst verursachten Beschwerden durch Narbenbildung und ähnlichem — wofür Klein den weder gerade sehr schönen noch in etymologischem Sinne das richtige treffenden Namen Dysmetropexie gebraucht.

10. G. Klein, Skopolamin-Dämmerschlaf und Spinalanästhesie bei gynaekologischen Operationen. An der Hand ven 55 Fällen der eigenen Praxis berichtet Klein über die Erfahrungen dieser neueren Anästhesierungsmittel und kommt zu folgenden Folgerungen. Dämmerschlaf und Spinalanästhesie sind besonders dann indiziert, wenn die Inhalationsnarkose kontraindiziert ist. Dämmerschlaf und Spinalanästhesie getrennt oder vereinigt ließen Chloroform und Äther in der einen Reihe von Fällen ganz entbehren, in der anderen Reihe sparen. Spinalanästhesie allein eignet sich besonders für Scheiden-, Damm- und Vulvaplastiken, sowie für Zöliotomien ohne starke Zerrung und Verwachsungen des Uterus und der Adnexe. Bei ängstlichen Kranken ist die Kombination von Dämmerschlaf und Spinalanästhesie angezeigt. Bei notwendiger starker Zerrung des Uterus und der Adnexe kann zwar Inhalationsnarkose nötig sein, durch Dämmerschlaf und Spinalanästhesie getrennt oder kombiniert wird Chloroform und Äther erheblich gespart.

Inhalationsnarkose mit Bilsenkrautextrakt war schon im 13. Jahrhundert empfohlen.

Bucura.

Sammelreferate.

Nachbehandlung und Nachkrankheiten nach Zöliotomien.

Sammelreferat über das Jahr 1907 von Dr. **Hermann Palm**, Frauenarzt in Berlin.

1. Krönig: **Diskussionsbemerkung zum II. Thema: Die Asepsis bei gynaekologischen Operationen.** (XII. Vers. der deutschen Gesellsch. f. Gyn. in Dresden.)

2. Hartog: **Wann soll man Zöliotomierte aufstehen lassen?** (Berliner klin. Wochenschrift, Nr. 2.)
3. Hartog: **Zum frühen Aufstehen Zöliotomierter.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 52.)
4. Morton: **Die Nachbehandlung chirurgischer Operationen.** (Brit. med. Journ., 9. Februar 1907; ref. Münchener med. Wochenschr., Nr. 23.)
5. Billington: **Zur Nachbehandlung Laparotomierter.** (Birmingh. Medic. Rev., März 1907; ref. Münchener med. Wochenschr., Nr. 28.)
6. Stevens: **Zur chirurgischen Nachbehandlung.** (Lancet, 1. Juni 1907; ref. Münchener med. Wochenschr., Nr. 44.)
7. Bell: **Die Nachbehandlung von Laparotomien.** (Liverpool med. chir. Journ., Juli 1907; ref. Münchener med. Wochenschr., Nr. 48.)
8. Byford: **Der Gebrauch von Laxantien in der Nachbehandlung Laparotomierter.** (Amerik. gynaek. Ges. zu Washington, Mai 1907; ref. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXVI, H. 5.)
9. Vogel: **Weitere Erfahrungen über die Wirkung der subkutanen Injektion von Physostigmin zur Anregung der Peristaltik.** (Mitteil. aus den Grenzgeb. der Medizin u. Chirurgie, Bd. XVII, H. 5.)
10. v. Hippel: **Zur Nach- und Vorbehandlung bei Laparotomien.** (Zentralbl. f. Chir., Nr. 46.)
11. Fromme: **Zur Adhäsionsbildung in der Bauchhöhle.** (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. LIX, H. 2.)
12. Pankow: **Zur Frage der peritonealen Wundbehandlung.** (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXVI, H. 2.)
13. v. Wenczel: **Durch Operation entstandene große Bauchfellverluste.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 34.)
14. Marvel: **Verhütung von Peritonealadhäsionen durch Adrenalin.** (Amerik. gynaek. Ges. zu Washington, Mai 1907; ref. (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXVI, H. 5.)
15. Frederiks: **Postoperativer Darmverschluß.** (Journ. of Amer. Asoc., Nr. 15; ref. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 47.)
16. Donoghue: **Behandlung des postoperativen Ileus.** (Ebenda.)
17. Craig: **Verhütung und Behandlung der postoperativen Darmobstruktion.** (Ebenda.)
18. Albrecht: **Über postoperativen mesenterialen Darmverschluß.** Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXVI, H. 5.)
19. Voigt: **Über postoperativen Spätileus.** (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 52.)
20. Wolff: **Über Lungenkomplikationen nach operativen Eingriffen mit einem statistischen Beitrag aus der Königl. chirurg. Klinik in Königsberg.** (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. LXXXVIII, H. 1—3.)
21. Engelhardt: **Die Entstehungsursache postoperativer Pneumonien.** (Zentralbl. f. Chir., Nr. 4.)
22. Witzel: **Die postoperative Thromboembolie.** (Deutsche Zeitschr. f. Chir., Bd. LXXXV.)
23. Zurhelle: **Über Thrombosen und Embolien nach gynaekologischen Operationen.** (Naturforscherversammlung in Dresden.)
24. Morley: **Phlebitis femoralis et cruralis post operationem.** (Arch. f. Gyn., Bd. LXXXII.)
25. Selberg: **Über Todesursachen nach Laparotomien.** (v. Bruns' Beitr. zur klin. Chir., Bd. LVI, H. 1.)
26. Stoeckel: **Einwanderung eines bei der Laparotomie zurückgelassenen Gazetupfers in die Blase.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 1.)
27. Stoeckel: **Einwanderung einer bei der Laparotomie vergessenen Arterienklemme in die Blase.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 37.)
28. Kermauner: **In die Blase einwandernder Gazetupfer mit Hilfe des Zystoskops diagnostiziert und entfernt.** (Beitr. zur Geb. u. Gyn., Bd. XII, H. 1.)
29. Wechsberg: **Zur Verhütung des Zurücklassens von Kompressen in der Bauchhöhle.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 12.)
30. Wederhake: **Wie vermeidet man sicher das Zurücklassen von Kompressen bei Operationen in der Bauchhöhle?** (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 34.)
31. Lehmann: **Schutz gegen das Zurücklassen von Bauchtüchern im Abdomen.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 51.)
32. v. Neugebauer: **Ein neuer Beitrag zur Frage der unabsichtlich sub operatione im Körper zurückgelassenen Fremdkörper.** (Arch. f. Gyn., Bd. LXXXII.)

33. Krabbel: **Operation des Bauchbruches.** (Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Köln am 16. Jänner 1907: Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXVI, H. 5.)
34. Olshausen: **Demonstration** in der Ges. f. Geb. u. Gyn. in Berlin. (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 19.)
35. Kauffmann: **Demonstration** in der Ges. f. Geb. u. Gyn. in Berlin. (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 29.)
36. Schütze: **Über Dauerresultate nach Radikaloperation von Ventralhernien nach Karewski.** (Ost- u. Westpreuß. Ges. f. Gyn. in Königsberg am 2. Februar 1907; Monatsschrift f. Geb. u. Gyn., Bd. XXV, H. 4.)
37. Cahen: **Zur Operation der Nabel- und Bauchbrüche.** (Arch. f. Gyn., Bd. LXXXII.)
38. Lampe: **Allgemein-chirurgische Erwägungen bei der Anlegung der Laparotomiewunde und ihrer Naht.** (Ost- u. Westpreuß. Ges. f. Gyn. in Königsberg, 23. November 1907; Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXVII, H. 1.)
39. Dührssen: **Bauchschnitt ohne spätere Hernienbildung.** (Berliner klin. Wochenschr., Nr. 15.)
40. Blumberg: **Zur Bauchschnittechnik.** (Chirurgenkongreß in Berlin; Münchener med. Wochenschr., Nr. 17.)
41. Klein: **Versenkte Silknaht der Faszie bei abdominalen Zöliotomien.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 33.)
42. Benndorf: **Silkwormgut zur Fasziennaht bei Laparotomien.** (Alte und neue Gynaekologie. Festschr. für v. Winckel; ref. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 51.)
43. v. Herff: **Die Flächennaht nach Noble bei Faszienwunden.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 41.)

Eine wichtige Neuerung bei der Nachbehandlung Zöliotomierter hat Krönig (1) auf Grund zahlreicher höchst befriedigender Versuche vorgeschlagen durch den Rat, zur möglichst schnellen Kräftigung des durch die Krankheit und die Operation geschwächten Organismus die Operierten schon am 1.—2. Tage p. o. aufstehen zu lassen (bereits ausführlich ref. in Jahrg. 1907 der Gyn. Rundschau, Nr. 15, pag. 636). Dieselben günstigen Erfahrungen machte Hartog (2, 3) mit dieser Maßregel, der an 150 sorgfältig beobachteten Fällen der Landauschen Frauenklinik in Berlin sich sein Urteil bildete. Die Art der Operation ist nach seiner Ansicht für das frühe Aufstehen nicht maßgebend; selbst sehr eingreifende Operationen, wie die erweiterte abdominale Totalexstirpation bei Karzinom nach Wertheim-Bumm bilden keine Gegenanzeige. Eine Ausnahme machen nur plastische Operationen, und Hernien. Wundstörungen wurden nicht beobachtet, auch ist die Gefahr einer Thrombose durch das frühe Aufstehen eher beträchtlich vermindert als erhöht. Infolge der freieren Atmung, der besseren Blutzirkulation, der geregelten Darmfunktion und des bald sich einstellenden Appetites erholen die Kranken sich außerordentlich schnell. Grundbedingung für das frühe Aufstehen sind nach Hartog subjektives Wohlbefinden der Operierten, primärer Verschluß der Wunde und die Gewißheit eines aseptischen Verlaufes. Er betont, daß auch die Inhalationsnarkose das frühe Aufstehen, d. h. am 2.—3. Tage, nicht verbietet.

Aus der ersteren Arbeit Hartogs ist noch bemerkenswert, daß an der Landauschen Klinik mit der Verabreichung von Kochsalzklistieren schon wenige Stunden post lapar. begonnen und bereits nach 48 Stunden Rizinusöl per os gegeben wird. Für ein möglichst frühzeitiges aktives Vorgehen zwecks Beseitigung der nach jeder Laparotomie kürzere oder längere Zeit anhaltenden Darmatonie treten vor allem die englischen und amerikanischen Operateure ein, wie aus den Arbeiten von Morton (4), Billington (5), Stevens (6), Bell (7), Byford (8) hervorgeht. Opiumdarreichung wird von Billington auf strengste widerraten, auch Morphium ist zu vermeiden (Morton), der Wundschmerz ist mit Aspirin zu bekämpfen. Bei den allerersten Anzeichen von Meteorismus und Flatulenz sollen schon am 1.—2. Tage p. o. Terpentinklistiere und Bitterwasser gegeben werden. Bleiben diese Mittel wirkungslos, so ist Kalomel (bis zu 0·75 pro die) am Platze. Der Durst wird am zweckmäßigsten durch Wassereinläufe und das Er-

brechen mit Magenspülung bekämpft. Bei großer Unruhe der Patientin gibt Bell ein Brompräparat als Klistier. Drainagen sollen möglichst nach 48 Stunden (Stevens) entfernt werden.

Vogel(9) und v. Hippel(10) sahen sehr gute Erfolge von der bald nach der Operation einsetzenden und alle 3 Stunden zu wiederholenden subkutanen Applikation von 1 *mg* Physostigmin; die Injektionen werden solange fortgesetzt, meist 3—4mal, bis Darmbewegungen sich bemerkbar machen, dann wird für etwa 1 Stunde ein Darmrohr eingelegt. Auf diese Weise wurde unter Applikation eines Glyzerinklysmas schon am 1. Tage nach der Operation in den meisten Fällen Stuhlgang erzielt. Infolge dieser frühzeitig herbeigeführten Darmperistaltik wird vielen Gefahren und Schäden, wie der Bildung von Adhäsionen, der Entstehung von Ileus, der Schwächung der Operierten durch zu lange fortdauernde ungenügende Nahrungsaufnahme vorgebeugt. Vor der Operation ist dagegen der Darm nicht durch allzu energisches Abführen anzustrengen.

Fromme(11) hat zur Klärung der Frage der Adhäsionsbildung in der Bauchhöhle zahlreiche Kaninchenversuche angestellt und ist dabei zu dem Resultat gekommen, daß es bei Vorhandensein von Blut im Bauchraum und gleichzeitigen Peritonealdefekten meist nur dann zur Adhäsionsbildung kommt, wenn gleichzeitig Bakterien vorhanden sind. Zu ähnlichen Schlüssen gelangte Pankow(12). Er fand, daß die Infektionsgefahr für das Versuchstier dann am größten war, wenn die wundgemachten Flächen so belassen und nicht mit Thermokauter oder absolutem Alkohol verschorft waren. Für die Frage der peritonealen Wundbehandlung bei der Laparotomie ergibt sich daraus die Forderung, jede Blutung nach Möglichkeit zu stillen, um Adhäsionsbildung zu vermeiden.

Daß aber bei großen Bauchfelldefekten der Heilungsprozeß sich nicht immer ungünstig zu gestalten braucht, beweist die Publikation v. Wenczels(13). Er berichtet über zwei Operationen, bei denen es wegen ausgedehnter fester Verwachsungen nicht gelang, das Peritoneum von der Geschwulstwandung abzulösen: beim Herausschälen der Adnextumoren löste sich das morsche, in seiner Vitalität schon arg geschädigte Peritoneum in solch großem Umfange von den parietalen Flächen ab, daß nahezu das ganze kleine Becken ohne Bauchfell blieb. Die an mehreren Trennungsstellen auftretende heftige parenchymatöse Blutung mußte durch Jodoformgazetamponade gestillt werden, worauf die Bauchhöhle nach außen drainiert wurde. In beiden Fällen glatter, fast fieberfreier Verlauf.

Marvel(14) empfiehlt zur Vermeidung der Adhäsionsbildung nach Beendigung des intraperitonealen Eingriffes vor der Bauchnaht 500—1500 cm^3 einer Adrenalinlösung in die Bauchhöhle zu gießen.

Eine eingehende Besprechung der Differentialdiagnose zwischem mechanischem und peritonitischem Ileus gibt Frederiks(15). Die einzig rationelle Therapie des mechanischen Ileus stellt nach seiner und Donoghues(16) Ansicht nur die frühzeitige Relaparotomie dar, bei welcher der Darm durch Punktion oder Enterostomie wegsam zu machen ist. Prophylaktisch sind alle auf Vermeidung von Adhäsionen hinzielenden Maßnahmen von größter Wichtigkeit. Bei der Behandlung des nichtmechanischen Ileus mißt Craig(17) dem Eserin große Bedeutung bei, dessen Wirkung er durch eine prophylaktisch vor der Operation verabreichte Atropininjektion unterstützt.

Auf die besondere, nicht ganz seltene Form des postoperativen mesenterialen Darmverschlusses weist H. Albrecht(18) unter Beschreibung eines in der Amannschen Klinik in München beobachteten, zur Heilung gekommenen Falles hin. Der Darmverschluß kommt hier durch die Abklemmung des Duodenums an seinem Übergang ins

Jejunum durch die straff gespannte Radix mesenterii zustande; hierzu sind gewisse prädisponierende Momente von Bedeutung, die vom Verfasser des näheren erörtert werden. Der Besprechung der Ätiologie des Krankheitsbildes folgt eine ausführliche Schilderung des Symptomenkomplexes, dessen wichtigste Kriterien unstillbares Erbrechen, gesteigerte Pulsfrequenz, Auftreibung der Magengegend bei sonst nicht meteoristisch aufgetriebenem Leib sind. Als therapeutische Maßnahmen empfiehlt Verfasser neben der methodischen Magenausheberung die Umlagerung der Patientin auf den Bauch. Führen diese Mittel nicht zum Ziel, so ist die Laparotomie zwecks Lösung des mechanischen Hindernisses angezeigt.

Über einen Fall von postoperativem Spätileus berichtet Voigt(19): Vor 2 Jahren war 2mal eine Laparotomie vorgenommen worden. Bei der Operation des Ileus zeigte sich, daß ein längeres Stück Dünndarm infolge Abschnürung durch Adhäsionen gangränös geworden war; die Allgemeinerscheinungen waren verhältnismäßig wenig alarmierend gewesen. Die Adhäsionsbildung wird nach Verfassers Ratschlag am sichersten durch einen nicht zu großen Bauchschnitt, möglichste Beschränkung der Tamponade, Verwendung glatter Drains und möglichst frühzeitige Sekundärnaht vermieden.

An einem großen Material von 3248 Operationen der Königsberger chirurgischen Klinik hat Wolff(20) den Nachweis zu führen gesucht, bei welchem Inhalationsnarkotikum (Äther, Billroth-Mischung, Chloroform) am häufigsten postoperative Lungenkomplikationen auftreten und konnte die bekannte Tatsache bestätigen, daß nach Chloroformnarkosen der Prozentsatz der in direktem Zusammenhang mit der Operation und Narkose stehenden Erkrankungsfälle bei weitem am niedrigsten ist. Bei der Lokalanästhesie werden Lumgenkomplikationen auch keineswegs vermißt, Wolff konnte solche unter 78 Operierten 7mal feststellen. Die Entstehungsursache der postoperativen Pneumonie führt Engelhardt(21) auf zyto- und hämolytische Vorgänge zurück und erblickt für die Richtigkeit seiner Ansicht einen Beweis in dem sehr seltenen Auftreten von Pneumonien nach der von Krönig inaugurierten Kombinationsmethode der Spinalanästhesie und Morphiumskopolaminnarkose.

Über postoperative Thrombosen und Embolien finde ich außer dem im Heft 20, pag. 817 des Jahrgangs 1907 der „Gynaek. Runschau“ bereits referierten Vortrage Zurhelles(23) auf der Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte in Dresden noch zwei interessante Arbeiten von den Chirurgen Morley(24) und Witzel(22). Ersterer bespricht die von den verschiedenen Autoren hervorgehobenen ätiologischen Momente und kommt hierbei zu der Schlußfolgerung, daß keine einzige der vielen herangezogenen Theorien vollauf befriedige, die Ätiologie ist noch unbekannt. Die Inkubationsdauer ist schwankend, in der Regel beginnt die Erkrankung zwischen 10. und 20. Tag, die linke Seite bzw. Extremität wird häufiger befallen als die rechte. Die einfache Thrombose bedingt sehr selten den Tod, dagegen verursacht die relativ häufig auftretende Embolie gefährliche Lungensymptome. Nach ausführlicher Schilderung des Symptomenkomplexes bespricht Verfasser die prophylaktischen und therapeutischen Maßnahmen. Die ersteren bestehen vornehmlich in einer genauen Herzuntersuchung ante op., der Vermeidung langdauernder steiler Beckenhochlagerung und der möglichsten Schonung der großen Blutgefäße vor Verletzungen bei der Operation. Therapeutisch kommen die üblichen Encheiresen, Bettruhe, Hochlagerung, Eisbeutel, später Umschlag in Betracht. Witzel mißt einer in bestimmten engen Grenzen sich haltenden Thrombose als einem jeder Wundheilung eigentümlichen Vorgang keine ernste Bedeutung bei, die progressive Thrombose dagegen bedeutet eine beträchtliche Störung und kann leicht zur Embolie führen. Auch er hält die

Prophylaxe für die beste Therapie, da gegen die einmal in ausgedehnter Form vorhandene Thrombose unsere Heilmittel nur wenig ausrichten können. Stärkung des Gesamtorganismus, besonders des Herzens vor der Operation, möglichste Schonung der Gefäße und Blutsparung während der Operation, nach der Operation baldiges Aufstehen oder, falls dies nicht angängig ist, Muskelbewegung und Atemgymnastik sind daher unbedingte Forderungen.

Eine interessante Arbeit über Todesursachen nach Laparotomien von F. Selberg(25) aus der chirurgischan Abteilung des Augusta-Hospitals in Berlin möge hier noch kurz Erwähnung finden. Als Material für seine Untersuchungen benützte Selberg die Sektionsprotokolle aus den letzten 7 Jahren; es wurden nur die Fälle berücksichtigt, deren Todesursache nach Ausschließung einer anderen Möglichkeit, im Herzen oder in der Lunge gesucht werden konnte. Zunächst wurde hierbei die dem Kliniker bekannte Tatsache bestätigt, daß die Mehrzahl der Todesfälle nach Laparotomien Karzinomkranke betrifft. Zu der technisch schwierigeren und eingreifenden Operation kommt hier die verminderte Widerstandsfähigkeit besonders des Herzens hinzu. Des weiteren wurde festgestellt, daß unter 17 letal verlaufenen aseptischen Laparotomien bei 5 eine akute Herzlähmung, bei 6 eine Lungenlähmung und bei 6 eine Embolie den Exitus herbeigeführt hatten. Als klinisch bemerkenswerte Tatsache ergab sich aus den Protokollen, daß bei sämtlichen an Herzlähmung Verstorbenen der Tod innerhalb der ersten 24 Stunden eintrat; in denjenigen Fällen, bei welchen Selberg auf Grund des Sektionsprotokolles einen primären Lungentod annahm, erfolgte der Exitus zwischen dem 6. und 11. Tag; die Emboliefälle hielten die Mitte sowohl betreffs des Zeitpunktes des Exitus (5. und 6. Tag), als auch in ihrer pathologisch-anatomischen Einreihung, da bei sofortigem Tod nach Embolie die Sektion anatomische Veränderungen im Herzen aufweist, während der Befund des Lungentodes dann erhoben wird, wenn der Embolus noch Zeit gefunden hat, schwere Störungen und Entzündungen der Lunge hervorzurufen. Zum Schlusse geht Verfasser noch kurz auf den „Shock" ein; vom pathologisch-anatomischen Standpunkt ist derselbe als Todesursache wesentlich einzuschränken, während wir ihn vom klinischen Standpunkte aus in Ermanglung einer genügenden anderweitigen Erklärung leider noch häufig als Todesursache heranziehen müssen.

Einige kasuistische Mitteilungen über Fremdkörper, die unabsichtlich in der Bauchhöhle zurückgelassen wurden, liegen von Stoeckel(26, 27) und Kermauner(28) vor. Stoeckel beobachtete innerhalb kurzer Zeit 2 Parallelfälle von Einwanderung eines Gazetupfers und einer Arterienklemme in die Blase, während es sich in dem Kermaunerschen Falle ebenfalls um das Eindringen eines Gazetupfers in die Blase handelte. In allen 3 Fällen wurde die Diagnose durch das Zystoskop gestellt. Die Erscheinungen der durch die Fremdkörper verursachten Zystitis waren auffallenderweise relativ gering und die im zystoskopischen Bilde feststellbaren pathologischen Veränderungen der Schleimhaut (diffuse Rötung, weißliche flottierende Membranen, bullöses Ödem) waren nur auf die nähere Umgebung des Fremdkörpers beschränkt. Die Gazetupfer wurden mittelst langer schmaler Zange per vias naturales extrahiert, zur Entfernung der Klemme wurde die Kolpozystotomie ausgeführt. Stets folgte baldige Heilung.

Neue Vorschläge zur Vermeidung des Zurücklassens von Tupfern und Bauchservietten wurden von Wechsberg(29), Wederhake(30) und F. Lehmann(31) gemacht. Wechsberg benutzt nur große Kompressen mit 2 *m* langen, $^1/_2$ *cm* breiten Leinenbändern, die durch den perforierten Boden der Schimmelbuschschen Büchse durchgezogen und hier miteinander verknüpft sind. Ein sicheres, aber wohl etwas

umständliches Verfahren. Einfacher ist das von Lehmann empfohlene: Die Bauchtücher sind ringsherum mit einem Faden durchheftet, der von verschiedener Farbe ist und an seinem freien, langgelassenen Ende aus der Bauchwunde heraushängt. Wederhake verwendet Stieltupfer und 4—8zipfelige Gazeservietten.

Die lesenswerte Arbeit v. Neugebauers(32) liefert einen neuen Beitrag zur Kasuistik der unabsichtlich sub operatione im Körper zurückgelassenen Fremdkörper und beschäftigt sich mit der Frage des Rechtsschutzes des Operateurs gegenüber unlauteren Angriffen.

Die große Zahl der Arbeiten, die sich mit der Prophylaxe und Behandlung der postoperativen Bauchhernien beschäftigen, beweist, daß trotz vorzüglichster Asepsis und exakter Etagennaht doch noch ab und zu Bauchbrüche zur Beobachtung kommen. Krabbel(33) unterscheidet dieselben in unvermeidbare und vermeidbare. Mit den ersteren hat wohl der Chirurg mehr zu tun als der Gynaekologe, da wir viel seltener gezwungen sind, längere Zeit größere Tampons oder Drainröhren liegen zu lassen. Die vermeidbaren Bauchbrüche beruhen nach Krabbels Angabe auf Fehlern in der Asepsis, mangelhaftem Nahtmaterial, unrichtiger Technik, unzweckmäßiger Schnittführung. Nach ausführlicher Besprechung der verschiedenen Methoden der Schnittführung erklärt sich Krabbel als ein begeisterter Anhänger des Pfannenstielschen Querschnittes, unter 100 derartigen Operationen erlebte er keine Hernie. Bei der Fasziennaht, die die wichtigste von allen ist, soll nicht zu dicht genäht werden. Von den verschiedenen Verfahren der Radikaloperation großer Bauchbrüche hat sich Krabbel die von Graser-Menge empfohlene Methode, deren Technik er ausführlich beschreibt, am besten bewährt. Dieselbe ist sogar in den Fällen erfolgreich anwendbar, bei welchen man sich wegen enormer Zerrung und Spannung von Faszie und Muskulatur bisher häufig genötigt sah, die fehlenden Schichten nach Göpels Vorschlag durch ein Silberdrahtnetz zu ersetzen. Olshausen(34) gelang auf diese Weise unter Einheilung eines Drahtnetzes die Beseitigung eines großen Bauchbruches, während Kauffmann(35) wegen ausgedehnter Hautnekrose einen Mißerfolg damit erlebte.

Die seinerzeit von Karewski empfohlene Methode der Radikaloperation von Ventralhernien hat Schütze (36) in 5 Fällen mit ausgezeichnetem Dauerresultat angewandt. Das Wesentliche des Karewskischen Verfahrens liegt in der Vermeidung der Eröffnung der Peritonealhöhle. Das ausgestülpte Peritoneum wird mit seinem Inhalt von Netz und Darmschlingen uneröffnet in die Bauchhöhle versenkt und darüber eine kräftige, widerstandsfähige Wand durch Faszie und Muskulatur gebildet.

Cahen (37) benutzt zur Operation der Nabel- und Bauchbrüche die Lappenplastik. Unter Mitteilung von 7 Krankengeschichten gibt er eine ausführliche Beschreibung des Verfahrens, bei welchem der Lappen aus der vorderen Rektusscheide genommen und über die Bruchpforte geschlagen wird.

In einem für den Gynaekologen sehr lehrreichen Vortrage erörtert Lampe (38) allgemein-chirurgische Fragen der Bauchschnittechnik und Naht zur Erzielung der primären Heilung und Vermeidung postoperativer Hernien. Er bespricht der Reihe nach die einzelnen bei der Durchtrennung und Wiedervereinigung in Betracht kommenden Schichten. Die Hautnaht, von Lampe mit feinen Nadeln und dünner Seide oder Aluminiumbronzedraht ausgeführt, ist für das Dauerresultat von untergeordneter Bedeutung, muß aber trotzdem exakt vorgenommen werden wegen der Möglichkeit einer Verschleppung von Bakterien der Oberhaut in die tieferen Schichten. Die wichtigsten Schichten sind Faszie und Peritoneum. Lampe hält das von Noble angegebene Verfahren der flächenhaften Fasziennaht zur Herbeiführung einer breiteren, festeren

Fasziennarbe für unnötig und begnügt sich mit der üblichen Methode, die Faszienränder durch Knopfnähte mittelst Sublimatseide exakt aneinander zu bringen. Eine isolierte Muskel- und Fettnaht wird nicht angelegt. Das Peritoneum wird zur Ausschaltung der am Rande lädierten Serosa mit möglichst breiten Flächen durch resorbierbares Nahtmaterial geschlossen. Den Medianschnitt hält er für besser als den Faszienquerschnitt, dem er jedoch auch große Vorteile zugesteht. Die Nachteile des Medianschnittes liegen vorwiegend in der Dehnung der Linea alba infolge postoperativ auftretenden Meteorismus, Hustens oder Erbrechens; dieselben werden durch den Lennanderschen Paramedianschnitt mit Verschiebung des Rektus lateralwärts nach Möglichkeit ausgeschaltet, einmal wegen des Intaktbleibens der Linea alba, in der die erwähnten Schädigungen am meisten anzusetzen pflegen, und weiterhin wegen der Verstärkung der Bauchnaht durch den vorgelagerten Muskelbauch des Rektus. Zum Schlusse weist Lampe darauf hin, daß ein weiterer wichtiger Faktor zur Erzielung einer guten Bauchnarbe in der Nachbehandlung liegt: postoperativ auftretendes Erbrechen, Darmlähmungen und Lungenaffektionen müssen nach Möglichkeit hintangehalten werden.

Dührssen (39) gibt ebenfalls von allen Bauchschnittsmethoden der Lennanderschen Schnittführung den Vorzug. Blumberg (40) empfiehlt, zur aseptischen Heilung bei Zöliotomien stark entwickeltes Fettpolster von der Schnittwunde aus auf einige Zentimeter keilförmig zu exstirpieren und die Faszienwunde möglichst klein anzulegen.

G. Klein (41) und Benndorf (42) raten, auf Grund sehr guter Enderfolge (2·8% Hernienbildung) die versenkte Silkfasziennaht und die Silkhautnaht vorzunehmen. Der Silkworm heilt unter gleichzeitiger Bildung derben Bindegewebes reaktionslos ein, ist glatt, außerordentlich haltbar und sicher zu sterilisieren.

Die bereits erwähnte Faszienflächennaht nach Noble wird von v. Herff (43) eindringlichst empfohlen. Er führt dieselbe in der Weise aus, daß der sich unterschiebende Faszienrand mehrere Millimeter von der Kante nach Art der Lembertschen Naht versorgt und der obere Rand einfach umstochen wird.

Anatomie, Ätiologie und Therapie der Extrauteringravidität (II).

Sammelreferat von Dr. **Otfried O. Fellner.**

1. Barusky: **Livre d'or offert an Prof. Pozzi.**
2. C. Berkely und V. Bonney: Journ. of obstetr., Juli.
3. A. Czyżewicz jun.: **Ein seltener Fall von Eileiterschwangerschaft.** (Zentralbl. f. Gyn., 50.)
4. Ford: **Resultate der vaginalen Inzision und Drainage bei Fällen früher Tubargravidität.** (Niederländische gyn. Gesellsch., 24. Mai.)
5. H. W. Freund: **Mazerierter Fötus einer verjauchten Extrauterinschwangerschaft.** 6. Monat. (Versammlung deutscher Naturforscher.)
6. Gratschoff: **Ein weiterer Fall von doppelter Extrauterinschwangerschaft.** (Finska lekaresällsk., Bd. XLVIII, H. 6.)
7. Grube: Geburtsh. Gesellsch., Hamburg 20. November.
8. Haultain: **Klinische Erfahrung über ektopische Schwangerschaft und deren Verwechslung.** (Journ. of obstetr., Juni.)
9. Hörrmann: **Zur Klinik der ektopischen Schwangerschaft.** (Berliner gyn. Gesellsch., Oktober.)

10. E. J. Maclean: Londoner geburtsh. Gesellsch., April.
11. E. J. Maclean: **Fall von Abdominalschwangerschaft.** 6 Monate nach Eintritt der Wehen zur Zeit der Fruchtreife operiert. (Journ. of obstetr., Juli.)
12. Maiss: **Verblutungstod bei frisch geplatzter Tubargravidität.** (Breslauer gyn. Gesellschaft, Mai.)
13. O. Mansfeld: **Beitrag zur Ätiologie der Extrauteringravidität.** (Orvosi Hetilap, 29.)
14. J. Marsh: **Tubenschwangerschaft mit Abgang des Fötus per rectum.** (Journ. of obstetr., Juli.)
15. Milligan: **Zur Diagnose der jungen Extrauteringravidität.** (Journ. of obstetr., Juni.)
16. Mond: Geburtsh. Gesellsch., Hamburg, Oktober.
17. Mond: **Fall von ausgetragener Extrauteringravidität.** (Zentralbl. f. Gyn., 47.)
18. J. Philipps: Journ. of obstetr., Juli.
19. Rosenberger: **Ausgetragene Extrauterinschwangerschaft.** (Gesellsch. d. Spitalärzte in Budapest, Dezember.)
20. Rosenstein: Gyn. Gesellsch., Juli.
21. Scharpenack: **Ein Fall von verjauchter Hämatokele mit Skelettierung des Fötus.** (Gesellsch. f. Gyn., Leipzig, Juli.)
22. Seligmann: Geburtsh. Gesellsch. Hamburg, Oktober.
23. K. de Snow: **Zur Kenntnis der Klinik und Ätiologie der Tubenschwangerschaft.** (Nederlandsch Tijdschr. voor Verlosk., 3.)
24. Strobach: **Ein Fall von interstitieller Tubengravidität.** (Gyn. Gesellsch. Dresden, April.)
25. Taylor: **Extrauterinschwangerschaft kompliziert mit Fibromyom des Uterus.** (Journ. of obstetr., Juni.)
26. Wallach: **Lithopädion bei einer 85jährigen.** (Zeitschr. f. Geburtsh., Bd. LIX, H. 2.)

O. Mannsfeld (13.) fand als ätiologische Ursache bei einer Extrauteringravidität einmal ein Myom oder einen abgeschnürten Gang. Im zweiten und dritten Falle waren die entzündlichen Veränderungen so evident, daß sie das Steckenbleiben des Eies in jedem Falle erklären.

Milligan (15) operierte 50 Fälle von Extrauterinschwangerschaft. Die Durchschnittszahl der vorhergegangenen Geburten beträgt 4. Durchschnittlich sind $4^1/_2$ Jahre seit der letzten Entbindung vergangen. Die Extrauterinschwangerschaft ereignet sich häufiger nach einer normal verlaufenen Schwangerschaft als nach einem Abort. Bemerkenswert ist, daß 8mal die erste Schwangerschaft extrauterin war.

Haultain (8) berichtet über 21 Fälle von Extrauteringravidität und einige Fehldiagnosen, von denen folgende hervorgehoben werden mögen. Eine 35jährige Frau erkrankte, nachdem die Menses unregelmäßig waren, plötzlich an starken Schmerzen im Abdomen unter Ohnmachtserscheinungen. Die Bauchdecken waren stark gespannt, der Uterus etwas vergrößert, neben ihm tastete man einen weichen Tumor. Unter der Annahme, daß es sich um eine Extrauterinschwangerschaft handle, wurde die Laparotomie vorgenommen, und man fand das Abdomen mit Blut gefüllt. Die Ursache der Blutung rührte von einer geborstenen Vene am Stiel eines rechtsseitigen Dermoides her. In einem zweiten Falle klärte sich die Fehldiagnose als Zyste und Intrauteringravidität auf. In einem weiteren Falle bestanden durch 10 Monate unregelmäßige starke Blutungen, in letzter Zeit Urinretention, und da man im Douglas eine harte große Geschwulst tastete, wurde ein inkarzeriertes Myom diagnostiziert. Bei der Laparotomie stellte sich eine Extrauterinschwangerschaft heraus. Statt einer Tubenmole fand Haultain weiterhin einmal einen Ovarialabszeß und eine Salpingitis, und in einem weiteren Falle wurde die Diagnose auf Intra- und Extrauteringravidität gestellt. Auf Rizinus hin schwand der eine Tumor, und es blieb nur die Intrauteringravidität.

E. Maclean (10) beobachtete eine Frau, welche ihre Extrauterinschwangerschaft bis zum normalen Ende austrug und sich durch 6 Monate nachher ganz wohl befand. Erst zu dieser Zeit traten Schmerzen, Fieber und Erbrechen auf. Man nahm die Laparotomie vor und fand auch eine in fauliger Zersetzung befindliche Frucht. Nur eine stecknadelkopfgroße Verbindung mit dem Darm war vorhanden.

Maiss (12) beschreibt den seltenen Fall eines Verblutungstodes bei einer Frau, die eine abgekaspelte Hämatokele trug, welche im dritten Monat 6 Wochen vorher geplatzt war.

Hörrmann (9) berichtet über 125 Fälle von ektopischer Schwangerschaft im Verlaufe von $4^3/_4$ Jahren. Das Vorkommen ist also keineswegs selten, in zirka 3% der gynaekologisch kranken Frauen. Zur Sicherstellung der Diagnose dient in erster Linie der palpatororische Befund und die anamnestischen Angaben. Die Probepunktion ist unter entsprechenden Kautelen anzuwenden. Dem Befunde von Hydrobilirubin und der Leukotzytenzahl kommt nur ein bedingter Wert zu. Das Probecurettement und die Sondierung sind zu verwerfen. Die Behandlung ist eine operative, doch ist die Laparotomie zu verwerfen.

Einen weiteren Fall von ausgetragener Bauchhöhlenschwangerschaft publiziert Marsh (14). Sie führte nach 7 Monaten zum Abgang des Fötus durch das Rektum. Die Patientin hielt sich vor 3 Jahren lange Zeit nach ihrer letzten Entbindung für schwanger. Es kam aber am normalen Schwangerschaftsende nicht zur Entbindung, und das Abdomen nahm an Umfang ab. Durch 18 Monate kamen regelmäßige Menstruationen, welche eine Zeitlang sistierten und nunmehr regelmäßig wiederkehrten. Wegen unbestimmter Beschwerden wurde Patientin vor $^1/_2$ Jahre durch 3 Monate mit Medizinen und Kauterisation des Bauches behandelt. Dann stellten sich starke Durchfälle ein, Schmerzen, faulig riechender eitriger Ausfluß. Vor 4 Wochen hatte die Patienten das Gefühl, als ob etwas Schweres aus dem Mastdarm herauskäme. Sie meinte, daß es sich um die Füße eines Kindes handle, und eine Hebamme nahm angeblich das ganze Kind mit Ausnahme eines Armes heraus. Weil der Arm fehlte, suchte Patientin die Klinik auf. Sie war höchst elend, die Pulszahl betrug 125, die Temperatur 100 F. Dabei klagte Patientin über Schmerzen, Erbrechen. Der Bauch war sehr empfindlich; aus dem After kam ein starker Ausfluß. Der Uterus war normal groß, und hinter demselben fühlte man einen leicht beweglichen, runden, harten Körper, welcher offenbar im Rektum lag. Man entfernte dann unter großen Schwierigkeiten den hoch oben im Rektum sitzenden Schädel eines reifen Kindes. Ein Arm wurde nicht gefunden. Glatte Heilung.

Czyżewicz jun. (3) operierte einen Fall von Extrauteringravidität, in welchem Ovarium und Fimbrienende frei waren und das Ligamentum rotundum medial vom Tumor abging. Er hält dies für eine Tubenschwangerschaft, obwohl man durch die Tube keine Sonde durchführen konnte. (Das ist wohl selbstverständlich. D. Ref.) Warum es in diesem Falle zu keiner Ruptur und auch zu keinem Abort gekommen war, beantwortet Czyżewicz dahin, daß eine starke Hypertrophie der Tubenwand vorlag. Die beiderseitige Obliteration der Tube sieht Czyżewicz als Folge einer Zerrung an. Die Ursache für das Zustandekommen der tubaren Einbettung sieht Czyżewicz darin, daß das rasch gewachsene Ei durch den Isthmus nicht hindurch konnte. Es fand sich eine Öffnung an der Tube, die Czyżewicz als Druckperforation anpricht, wofür er die progrediente Verdünnung der Wand als Beweis anführt. (Diese findet sich auch sonst bei Rupturen stets, ohne daß deshalb eine Druckperforation angenommen wird. D. Ref.) Blutungen stellten sich in diesem Falle erst 2 Monate nach Absterben des Kindes ein, was Czyżewicz nicht erklären kann.

C. Berkely und V. Bonney (2) unterscheiden 3 Arten der Ruptur des tubaren Fruchtsackes. Nämlich die extratubare in die freie Bauchhöhle, die intratubare in das Lumen der Tube und die intramurale zwischen die Muskelfasern der Tube. Nebst dem einen Fall von intramuraler Ruptur, welchen sie bereits veröffentlicht haben, beobachteten sie einen zweiten. Es wurde Laparotomie gemacht, und man fand eine Schwellung von der Größe einer Walnuß an der linken Tube. Das abdominelle Ende war offen. Mikroskopisch sah man, daß die Ruptur des Eisackes in die Muskulatur der Tubenwand hinein erfolgt war. Das extravasierte Blut reichte bis zum Fimbrienende und war stets von dem Lumen der Tube durch Muskelschichten getrennt.

J. Philipps (18) will eine Tubenmole während des Abortus operiert haben. Eine 38jährige Frau, welche ihre letzte Periode vor 12 Wochen hatte, erkrankte unter Erscheinungen einer Extrauteringravidität. Philipps machte die Laparotomie, fand den Uterus etwas vergrößert, hinter demselben die stark vergrößerte rechte und neben demselben die linke Tube, welche nur eine geringe Schwellung aufwies. Beide Tuben waren mit Darm und Peritoneum vielfach verwachsen. Etwas geronnenes Blut war im Abdomen vorhanden. Die rechte Tube, welche eine enorme Ausdehnung aufwies, war stark geschlängelt und dunkelblau. Im Innern fanden sich viele Blutklumpen, die im Zentrum eine mit starker Membran ausgekleidete Höhle enthielten. Von einem Embryo war nichts nachzuweisen.

Komplikation mit Ovarialtumoren erwähnt Rosenstein (20). Im ersten Fall saß der Tubentumor einem Ovarialtumor von Apfelgröße auf (Follikelzyste). Im zweiten Falle handelte es sich um eine kleine kartoffelgroße Luteinzyste, im dritten um ein Cystadenoma simplex.

Ford (4) hatte in 13 Fällen guten Erfolg von vaginaler Inzision und Tamponade.

5 Fälle von fast ausgetragener Extrauteringravidität beschreibt Barusky (1). In 3 Fällen wurde nach dem Tode des Fötus laparotomiert und Heilung erzielt: ebenso in einem Falle, wo der Sack ganz abgetragen wurde, in einem weiteren trat nach der Operation Tod durch Verblutung ein.

K. de Snow (23) untersuchte sehr genau 10 Präparate von Tubargravidität, darunter eine doppelseitige. Die günstigere Einbettung ist die interkolumnare, welche durch Deziduabildung und durch Veränderungen der Tubenschleimhaut entzündlicher Natur erleichtert wird. Hinsichtlich der Ätiologie kommt die mechanische Behinderung der Fortbewegung des Eies erst in zweiter Linie in Betracht. Bei normalen Tuben findet man das Ei meist im uterinen Abschnitt. Verwachsen diese Falten, so kann sich das Ei im abdominellen Abschnitt leichter kolumnar einbetten. Liegt das Ei interkolumnar, so entwickelt es sich weiterhin intramural. Die interkolumnare Einbettung führt zur Ruptur, während in der durch Entzündung veränderten Tube Abort häufiger ist. An einzelnen Stellen sieht man mitunter Deziduabildung. Sie hängt nicht von der Insertionsstelle ab. Die präexistenten Bindegewebszellen wuchern und bilden Serotinazellen, und zwar am stärksten in der Arterienwandung. Die Bildung dieser Zellen ist durch die Langhanszellen angeregt. Wo das Synzytium die Langhanszellen begrenzt, fehlt die Bildung. Die Zellen in den Arterien sind materner, in den Venen fötaler Natur. Die maternen entstehen wahrscheinlich aus der Intima und schützen das Ei, indem durch sie die Stromgeschwindigkeit vermindert wird. Das nekrotische Gewebe, das Symplasma, entsteht durch unmittelbare Berührung des mütterlichen Gewebes mit den Langhanszellen.

Gleichfalls einen Fall von ausgetragenem Kinde bei Extrauterinschwangerschaft operierte Czyżewicz jun. (3) 3 Monate nach dem Tode des Kindes. Der Eileiter

war bis zur Größe eines schwangeren Uterus aufgetrieben und nur an einer Stelle war er durch den Schädel usuriert. Die Wand war zirka 1 *cm* dick, die Fruchtteile teilweise mazeriert, die Placenta plattgedrückt, blutleer. Die Nabelschnur war durchrissen, Frucht und Fruchtsack zeigten keinerlei Verwachsungen, so daß die Operation eine sehr leichte war. Bemerkenswert ist, daß in diesem Falle während der ganzen Schwangerschaft Blutungen fehlten.

R. Mond (16) operierte eine 30jährige Mehrgebärende, welche vom April bis Dezember keine Periode hatte. Im Jänner stellten sich krampfartige Schmerzen und öfters Blutabgang ein. Seit Jänner fühlte sie keine Kindesbewegungen, hingegen traten Schüttelfröste und Temperatursteigerungen bis 39·6 auf. Dabei war die Pulszahl bedeutend erhöht. Ende Juli nahm Mond die Laparotomie vor und fand neben dem Uterus einen überall verwachsenen Fruchtsack, aus dem sich reichlich Mengen stinkenden Eiters entleerten. Entfernung der skelettierten Frucht und der Plazenta, was nur stückweise möglich war. Drainage von der Vagina aus, glatte Heilung.

Bei einer 85jährigen Frau fand Wallach (26) ein frei in der Bauchhöhle liegendes, mit dem Netz und den Darmschlingen innig verwachsenes Steinkind. Eine Anamnese konnte nicht erhoben werden. Wahrscheinlich trug es die Frau $40^{1}/_{2}$ Jahre. Das Alter des Fötus betrug 4 Monate. Es wird angenommen, daß es sich um eine Tubo-ovarialschwangerschaft gehandelt hat, da Teile des linken Ovariums fehlten.

Strobach (24) beschreibt einen Fall von interstitieller Tubarschwangerschaft. Die Frau machte 4 Schwangerschaften in 5 Jahren durch, hatte ihre letzte Periode am 26. Jänner. Im März traten krampfartige Schmerzen in der linken Seite, Ohnmachtsanfälle u. dgl. auf. In der linken Seite fand man einen Tumor von geringer Beweglichkeit, runder Form und geringer Schmerzhaftigkeit. Er ließ sich von der Uteruswand genau differenzieren, saß aber der Uteruskante dicht auf. Bei der Laparotomie fand man den Tumor frei von Verwachsungen, bestehend aus einer Ausbuchtung der linken oberen Uteruskante. Die Geschwulst war geborsten, und aus der Rupturstelle ragte zur Hälfte ein 2monatlicher Embryo im unversehrten Amnion heraus. Die Uteruswunde wurde vernäht, nachdem der Tumor abgetragen worden war, und die Tube wurde auf die Nahtlinie aufgenäht.

Es handelte sich um eine interstitielle Gravidität; der Fruchtsack hatte sich nach oben und hinten vom Uterus entwickelt, entsprechend dem Verlaufe der Tube, die im intramuralen Teile nach oben konvex und in der Richtung nach der hinteren Fläche des Uterusfundus verläuft. Die Wand des Sackes enthielt Muskelfasern. Die Dezidua fehlte, und der Sack war mit Haftzotten besetzt. Eintritt und Austritt der Tube waren im Fruchtsack deutlich nachweisbar. Charakteristisch ist, daß das Ligamentum rotundum lateral vom Fruchtsack abgieng.

Einen Fall von verjauchter Hämatokele mit Skelettbildung des Fötus erwähnte Scharpenack (21) in der Leipziger gynaekologischen Gesellschaft. Bei der Frau blieb vor $1^{1}/_{2}$ Jahre durch 2—3 Monate die Periode aus. Bald darauf ereignete sich die Ruptur des Fruchtsackes. Patientin wurde dann durch $^{1}/_{4}$ Jahr mit Belastung behandelt. 4 Monate später zeigte sich ein eitriger Ausfluß, es wurde die Elytrotomie vorgenommen, wobei Massen von Eiter zum Vorschein kamen. Eine eiternde Fistel blieb zurück, weshalb Pat. in die Klinik transportiert wurde. Hier nahm man die Erweiterung und die Ausräumung des Eisackes vor. Derselbe enthielt die mazerierten Skelettknochen eines 6 Monate alten Fötus. Man drainierte und die Frau genas.

In einem ähnlichen Falle von H. W. Freund (5) wurde die Diagnose auf Extrauterinschwangerschaft im 3. Monat gestellt. Pat. spürte die Kindesbewegungen im 5. Monat,

doch hörten sie im folgenden auf. Im 7. Monat ging die Dezidua ab, und 2 Monate später begannen die normalen Menses. Ein Jahr darauf fand die spontane Geburt eines lebenden Kindes statt. Kurz darauf setzte hohes Fieber ein. Bei der Laparotomie fand man den Fruchtsack verjaucht (Bact. coli-Infektion). Pat. starb.

H. Rosenberger (19) berichtet über eine 21jährige Erstgebärende, die alle Zeichen einer Extrauterinschwangerschaft bot. Rosenberger laparotomierte, fand die rechte Tube verdickt, dunkelblau, auf 4 *cm* sichtbar, der Rest derselben verschwand unter den Adhäsionen. Die Plazenta lag am linken und oberen Rande der Gebärmutter und am hinteren Rand des Ligamentum latum. Rechts wurde die Resektion der Tube vorgenommen, links die Arteria spermatica unterbunden. Eihüllen und Plazenta wurden vorsichtig abgelöst, Naht. Heilung. Das Kind war ausgetragen und lebend. Es handelte sich offenbar um eine geplatzte Tubenschwangerschaft, die sekundär zur Bauchhöhlenschwangerschaft wurde.

Taylor (25) berichtet über eine Extrauterinschwangerschaft, welche mit Fibromyom des Uterus kompliziert war. Derlei Fälle sind nicht allein differentialdiagnostisch von Wichtigkeit, sondern auch deshalb, weil beide Vorfälle miteinander verwechselt werden können. Auch scheinen Myome an den Hörnern des Uterus, am Fundus oder in der Nähe desselben leicht den interstitiellen Teil der Tube zu komprimieren und können daher Ursache einer Tubargravidität sein. Das seltene Vorkommen wird dadurch erklärt, daß bei Myomen Sterilität zumeist vorhanden ist. Taylor berichtet über 18 solcher Fälle aus der Literatur und einen eigenen. Eine 37jährige Frau, welche im 3. Monate der Schwangerschaft sich befand, erkrankte unter Schmerzen im Leibe und Ohnmacht. Bereits im Kollaps wurde die Laparotomie vorgenommen. Man fand das Abdomen mit Blut gefüllt, die linke Tube geborsten und das Ei teilweise herausgeschlüpft. Der Uterus zeigte eine gleichmäßige Vergrößerung, nach der Operation starb die Frau. Der Uterus trug in der Mitte des Fundus ein rundes, hartes, interstitielles Myom, durch welches das Lumen der Tube vollkommen komprimiert war. Im Uterus fand sich eine Dezidua, die teilweise bereits abgestorben war, aber kein Ei enthielt.

Seligmann (22) weist auf das Mißverhältnis zwischen Tubenwunde und Blutung hin. Im ersten Falle war die Perforation bei einer 14tägigen Gravidität erbsengroß, die Blutung eine fast tödliche. Im 2. Falle war die Tubargravidität mit einem glandulären multilokulären Kystom verbunden; die Tubargravidität wurde durch 4 Jahre getragen und überstand 3 Entbindungen. Ferner erwähnt er einen Fall, wo sich das Blut aus der geplatzten Tube in das Ligamentum ergossen hatte.

Grube (7) referiert über einen Fall, wo beide Tubenenden verwachsen waren und sich aus einem 1 *cm* langen Riß $1^1/_2$ *l* Blut in die Bauchhöhle ergossen, glatte Heilung; dann über eine vereiterte Hämatokele, ferner über einen Fall, wo die Frau nach der Operation an Gehirnembolie zugrunde ging. Die Frau hatte bereits auf der anderen Seite eine Tubaria durchgemacht. Man sollte stets operieren, sobald der Verdacht auf Tubaria berechtigt erscheint.

Gratschoff (6) operierte eine Patientin, welche eine Intrauterinschwangerschaft vor 17 Jahren durchgemacht hatte, die im 3. Monate zur Bildung einer Hämatokele führte. Ein faustgroßer Tumor war im linken unteren Teile des Beckens als Rest derselben nachweisbar. Hierauf entband Patientin noch 7mal in normaler Weise. Derzeit steht sie am Ende ihrer Schwangerschaft. Es trat eine starke Blutung ein, und es wurde die Diagnose auf geplatzte Extrauterinschwangerschaft gestellt. Gratschoff nahm die Laparotomie vor und fand in der Bauchhöhle einen Fötus von

47 *cm* Länge. Die Plazenta lag frei im unteren Teile des Bauches. Dort sah man auch den kleineren Tumor, der eine große Menge kleinerer Knochen enthielt. Genesung. Bemerkenswert ist, daß die beiden Extrauterinschwangerschaften jedenfalls auf derselben Seite aufgetreten waren.

Aus fremdsprachiger Literatur.

Aus der französischen Literatur.

L'obstétrique, Nr. 3, 1907.

La ration alimentaire de l'enfant depuis sa naissance jusqu' à l'age de deux ans (suite) par Michel et Perret. Ausführliche Studie über die Physiologie des Neugeborenen und seine Ernährung; zu einem kurzen Referat nicht geeignet.

Consultation de nourrissons de Varengeville, par Poupault. Von 29 Säuglingen erhielten Brustnahrung 80%. Die Sterblichkeit betrug 6·6% gegen 14·2% Durchschnittsmortalität.

L'allaitement chez les cardiaques par le Roux. Das von Peter aufgestellte Gesetz: Herzkranke Mädchen sollen nicht heiraten, herzkranke Frauen keine Kinder bekommen und herzkranke Mütter ihre Kinder nicht stillen, bedarf der Einschränkung. Verf. bringt eine Reihe von Fällen, in denen herzkranke Mütter, zum Teil mit unkompensierten Fehlern ihre Kinder mit Erfolg und ohne Schaden für ihre Gesundheit gestillt haben.

Revue de Gynécologie, Nr. 3, Mai-Juin 1907.

Développement de l'urètre, du vagin et de l'hymen, par E. Retterer. Die Scheide ist der Abschnitt der Genitalstränge, der aus dem Verschlußstück des Sinus urogenitalis entsteht. Die weibliche Harnröhre besteht aus 2 Teilen. Der kürzere proximale wird von der Allantois gebildet, der längere distale ist Abkömmling des Sinus urogenitalis. Das Fehlen der Scheide ist auf den Mangel des Verschlusses des Sinus urogenitalis zurückzuführen. Bei teilweisem Verschluß des Sinus urogenitalis kommt es bei der Erwachsenen zur Bildung eines Vestibulums genitourinale. Der Hymen entwickelt sich von 2 Falten aus, die auf der postero-lateralen Wand des Sinus urogenitalis entstehen. Der Hymen ist also vestibularen und nicht vaginalen Ursprungs.

La forme des petites lèvres chez la femme adulte et non ménopausée. Le pli paranymphéal. Les plis commisuraux, par F. Jayle. Ausführliche Studie über die Form der kleinen Schamlippen der Erwachsenen mit 30 Abbildungen, aus der folgendes hervorhebenswert ist: Die kleinen Schamlippen überragen häufig mit ihren Rändern die großen. Sie umschließen entweder nur den vorderen Teil des Scheideneinganges oder denselben ganz. Zwischen großen und kleinen Labien findet sich häufig eine Falte, die sog. Paranymphealfalte, durch deren Ausbildung es zur Bildung von sekundären, lateral gelegenen kleinen Schamlippen kommen kann. Dasselbe kann auch an der Kommissur eintreten und hier müßte man sie als sekundäre posteriore kleine Schamlippen bezeichnen. Das Praeputium clitoridis hängt nicht mit den kleinen Schamlippen zusammen.

Étude anatomique du segment sus-jacent aux sténoses intestinales, par M. Cavaillon et G. Leclerc. Zu kurzem Referat nicht geeignet.

Annales de Gyn. et d'Obstétr., Avril 1907.

Des indications thérapeutiques dans les cas de cancer utérin compliquant la grossesse, par Oui. Nach Zusammenstellung von über 200 Fällen von Schwangerschaft mit Uteruskarzinom, hauptsächlich der deutschen Literatur entstammend, kommt Oui zu folgenden Resultaten: Curettage des Karzinoms und Kollumamputation während der Gravidität sind zu unterlassen, da sie zu häufig zur Unterbrechung der Gravidität führen und so der Frucht schaden, ohne der Mutter Nutzen zu bringen. Die Totalexstirpation des Uterus ist in den ersten Monaten dann angebracht, wenn das Karzinom begrenzt ist. Es ist unlogisch, dann noch etwa die Lebensfähigkeit der Frucht abwarten zu wollen. Ist dagegen das Kind lebensfähig, so soll man das Ende der Gravidität abwarten. Die Spontangeburt ist nur dann für das Kind vorteilhaft, wenn das Karzinom nur einen Teil des Kollum ergriffen und die Erweiterung desselben möglich erscheint, sonst Sectio caes. oder besser Porrosche Operation. Die primäre Mortalität der ersteren ist 47, die der letzteren 40%. Bei operablem Karzinom ist an die Sectio caes. natürlich die Totalexstirpation anzuschließen.

Une observation de torsion bilatérale des deux trompes, par G. Michel. Eine 35jährige I-para erkrankt zweimal im Laufe eines Monates mit Fieber, Erbrechen und Koliken in der Seite. Bei der Laparotomie findet man als Ursache eine Hydro- und eine Hämatosalpinx je 3mal um ihren Stiel gedreht.

Contribution à l'étude des ruptures centrales du périnée, par Guerdjikoff. Die zentralen Dammrupturen sind selten. In der Literatur finden sich 106 Fälle, davon nur 6 bei Steißlagen. I. Fall: 25jährige I-para. Während der Steiß seine letzte Drehung noch nicht vollendet hat, durchbohrt unter einer kräftigen Wehe der hintere Fuß plötzlich die Mitte des straff gespannten Dammes, so daß nach der Vulva zu eine 2 *cm* dicke Brücke stehen bleibt. Durchtrennung der Brücke, Naht. Primärheilung. II. Fall: 32jährige I-para mit rachitisch allgemein verengtem Becken. Extraktion am Fuß. Beim Einschneiden der vorderen Hüfte wird der Damm durch das hintere Knie stark vorgewölbt und platzt unter einer plötzlich auftretenden Wehe in der Mitte auf. Eine $^1/_2$ *cm* dicke Brücke bleibt stehen und das Bein fällt vor. Naht, Sekundärheilung.

De l'hystérectomie vaginale dans le traitement des collections anteutérines, par H. Violet. Vor dem Uterus gelegene alte Eiterung, die plötzlich exazerbierte und einen Eingriff nötig machte. Vaginale Entfernung des Uterus und Entleerung eines $^1/_2$ Liter fassenden Abszesses, glatte Heilung.

Annales, Mai 1907.

De la décortication du rein et de la néphrotomie dans le traitement des formes graves de l'éclampsie, par F. Piéri. Piéri fügt den 7 Nierenentkapselungen bei Eklampsie, die sich in der Literatur finden, einen weiteren Fall zu: 20jährige I-gravida M. S. hat 11 eklamptische Anfälle, die von tiefem Koma gefolgt sind. Schwache Wehen, Muttermund 1 Francsstück groß, Kind tot, Operation: Dekapsulation und Nephrotomie rechts, Drainage des Nierenbeckens. Wegen schlechten Zustandes der Patientin wird die Operation nicht auch auf die linke Niere ausgedehnt. Die Niere war vergrößert und stark hyperämisch, ihre Kapsel durch blutigseröse Flüssigkeit abgehoben, ließ sich sehr leicht abziehen. Sechs Stunden später wird durch Forzeps ein totes Kind extrahiert. Anfälle sind p. op. nicht mehr aufgetreten. Gesamtmenge des Urins in den folgenden 24 Stunden 180 cm^3. Leichter Ikterus, der Verband ist von blutigseröser Flüssigkeit durchtränkt. Nach weiteren 12 Stunden Tod im Koma. Der Eiweißgehalt des Urins fiel von 30 auf 6 und 1·2% nach der Operation. Verf. glaubt, daß durch frühere Operation das Leben seiner Patientin hätte gerettet werden können.

Accidents et complications urinaires au cours des fibromes utérins, par A. Vénot. Vénot gibt eine kurze Übersicht über die Pathologie und Therapie der Erkrankungen der Harnwege, die im Verlauf und als Komplikationen der Uterusmyome auftreten.

Torsion d'un utérus fibromateux gravide, par N. Ivanoff. 24jährige 0-para. Letzte Regel vor 3 Monaten. Großer, bis zum Rippenbogen reichender elastischer Tumor, der sehr rasch gewachsen war und heftige kolikartige Schmerzen verursacht. In der Annahme eines Ovarialtumors wird die Laparotomie gemacht. Dabei findet man ein 7 *kg* schweres, zum Teil zystisch entartetes Myom, das vom Korpus des im 3. Monat graviden Uterus ausging. Das Myom war mitsamt dem Uterus um 180° von rechts nach links gedreht. Supravaginale Amputation, Exitus nach 5 Tagen an Herzschwäche.

Annales, Juin 1907.

Des prolapsus génitaux, par E. Delanglade. (Ref. auf dem Gyn.-Kongreß zu Algier.) Ausführliche Studie über die Pathologie und Therapie des Prolapses. Das Pessar ist nur in seltenen Fällen indiziert, das Beste ist die Operation. Die Alexandersche Operation, ebenso die Fixation des Uterus an die Bauchdecken leistet nur etwas im Verein mit Scheidenplastiken. Die vaginale Uterusexstirpation im Verein mit Fixierung der Stümpfe an dem Scheidenrand oder mit Scheiden-Dammplastik kombiniert, leistet Vorzügliches, ist aber auf seltene Fälle zu beschränken. Meist kommt man mit ausgiebiger Scheidenresektion und exakter Rekonstruktion des Beckenbodens völlig aus. Auch die Freundsche und Wertheimsche Operation werden besprochen, ebenso die totale Scheidenexzision Müllers. Endlich empfiehlt Verf. seine eigene Methode, die in der Raffung der Levatorenmuskulatur sowohl der vorderen als auch der hinteren Scheide resp. des Dammes in Verbindung mit einer Kolporrhaphie besteht.

Leucoplasie vulvaire avec épithélioma du clitoris, par I. Abadie. Fall von Leukoplakia vulvae mit Klitoriskarzinom kombiniert; erscheint ausführlich an anderem Ort.

Traîtement des convulsions éclamptiques par la ponction lombaire, par MM. Audebert et Fournier. Verf. haben die von Krönig inaugurierte Lumbalpunktion bei schweren Fällen von Eklampsie in 2 Fällen angewandt, mit einem Todesfall und einer Heilung. Die Lumbalpunktion wirkt nicht kausal, sondern symptomatisch. In der Literatur fand Verf. 46 Fälle von Lumbalpunktion bei Eklampsie mit einer Gesamtmortalität von 35%, alles jedoch äußerst schwere Fälle.

Annales, Juillet 1907.

Des processus pathologiques non infectieux du bassin chez la femme, par J. Doléris et H. Roulland. Neben der schweren puerperalen und gonorrhoischen Infektion der weiblichen Geschlechtsorgane beobachten wir sehr häufig auch leichtere Formen entzündlicher Erkrankungen. Verf. versuchten auf experimentellem Wege Aufklärung in diese Frage zu bringen. Hämatome, die in der Bauchhöhle von Kaninchen durch Verletzung eines größeren Gefäßes hervorgerufen werden, schwanden in kurzer Zeit und, ohne daß es jemals zur — bakteriologisch nachweisbaren — Infektion gekommen wäre, bildeten sich zahlreiche Adhäsionen an den Geschlechtsorganen. Bei dem Weibe findet sich dafür ein Analogon in der in pathologischen Fällen auftretenden Tubenmenstruation. Ferner wurden Tubenunterbindungen mit Seide am Kaninchen gemacht, und in allen Fällen beträchtliche, sehr rasch auftretende Exsudate im Tubenlumen beobachtet. Große Hydrosalpinxsäcke erreichte man besonders im peripheren Tubendrittel.

Contribution à l'histologie pathologique du cordon ombilical dans la syphilis, par J. Livon. Die konstantesten und hauptsächlichsten Veränderungen macht die Syphilis an den Gefäßen des Nabelstranges. Es handelt sich meist um entzündliche Prozesse der Tunica interna und in zweiter Linie auch der Media. Die perivaskulären Veränderungen sind etwas seltener und betreffen häufiger die Vene als die Arterie. Brunet, Magdeburg.

Vereinsberichte.

Geburtshilflich-gynaekologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung am 30. April 1907. Vorsitzender: Chrobak. Schriftführer: Regnier.

I. Peham: Tuberkulöses Ulkus der Portio vaginalis.

O. D., 30 Jahre (Prot.-Nr. 225 ex 1907), suchte am 29. April d. J. das Ambulatorium der Klinik auf, weil sie seit einigen Wochen jedesmal post coitum aus der Vagina blute. Die Patientin ist das Kind gesunder Eltern, eine Schwester derselben an einer Lungenkrankheit gestorben. Sie selbst hat als Kind Masern und Diphtheritis mitgemacht, war sonst angeblich immer gesund. Die Menstruation war seit ihrem 20. Jahre eingetreten, verlief immer regelmäßig, von dreitägiger Dauer, die letzte war am 1. April. Gravid war sie nie.

Die Aufnahme des Status somaticus ergab in Lungen und Herz normale Verhältnisse, ebenso war der Harnbefund ein normaler. Das äußere Genitale und die Vagina waren nicht pathologisch verändert. Die Portio war zapfenförmig, der Muttermund geschlossen. Im Bereiche der vorderen Muttermundslippe bestand ein halbmondförmiger, etwas vertiefter Substanzverlust, die Ränder desselben waren nicht ganz scharf und zeigten in ihrer Umgebung in unregelmäßiger Anordnung vereinzelte knötchenförmige Exkreszenzen.

Der Uterus war anteflektiert, antevertiert, etwas nach rechts verzogen, seine Bewegungen schmerzhaft, die Adnexe schienen nicht wesentlich verändert. Die mikroskopische Untersuchung des mit dem scharfen Löffel abgekratzten Gewebes an der Stelle des bestehenden Ulkus ergab zweifellos Tuberkulose.

Peham bespricht die Seltenheit der tuberkulösen Affektion der Portio und schlägt mit Rücksicht auf die Möglichkeit, daß auch Endometrium oder selbst auch die Tuben erkrankt sind, als therapeutischen Eingriff die Totalexstirpation des Uterus, der Adnexe vor.

Peham demonstriert die Patientin.

Diskussion.

Fabricius: Ich möchte mir nur die Bemerkung erlauben, daß ich in der Zeit, die ich dem Maria-Theresien-Hospital vorstehe, 3 Fälle von primärer Tuberkulose der Portio zu sehen Gelegenheit hatte: der erste Fall betraf ein sehr abgemagertes Mädchen, das sich eine Haarnadel in das Rektum eingeführt hatte, welche die Scheide so perforierte, daß die Portio angestochen wurde. An dieser Stelle der Portio entwickelte sich nun ein Geschwür, das nach der mikroskopischen Untersuchung als tuberkulöses Geschwür erkannt wurde. Es handelte sich in diesem Falle sicher um primäre Tuberkulose der Portio.

Der zweite Fall betraf eine sehr korpulente Dame aus Panczowa. Der Hausarzt derselben brachte sie, weil er Karzinom bei ihr vermutete, nach Wien, und zwar in das Maria-Theresien-Hospital. Mit dem scharfen Löffel ließ sich nichts abkratzen, da das Gewebe sehr hart war. An einem exzidierten Stücke wurde die mikroskopische Untersuchung vorgenommen, welche primäre Tuberkulose der Portio ergab. Hierauf Totalexstirpation des Uterus. Der Frau ging es dann sehr gut, doch erfuhr ich aus einer mündlichen Mitteilung, daß nach 9 Monaten bei der Frau heftige Kopfschmerzen auftraten und daß sie dann an tuberkulöser Meningitis zugrunde gegangen ist.

Der dritte Fall betraf ebenfalls eine dicke Dame mit einem Geschwür an der Portio, das ich abzukratzen versuchte. Auch hier fiel die außerordentliche Härte auf, indem bei dem Versuche, etwas abzukratzen, das Geschwür nicht, wie bei Karzinom, sich leicht ablöffeln

ließ, sondern sehr hart war. Außerdem fand sich ein großer, metritischer Uterus. Die Untersuchung ergab Tuberkulose. Totalexstirpation. Die Frau wurde aus dem Spitale entlassen; über ihr weiteres Schicksal ist mir nichts bekannt.

Schauta: Es gilt in der Literatur als eine ziemlich allgemein anerkannte, und wie ich glaube, durch keinen einzigen Fall widerlegte Tatsache, daß die Tuberkulose der Genitalien fast immer als eine sekundäre anzusehen sei. Als primäre Tukerkulose dürfte sie zu den größten Seltenheiten gehören. Wir müssen bei der Tuberkulose der Genitalien stets den Verdacht haben, daß irgendwo im Organismus, wenn auch tief verborgen, in den retroperitonealen oder mesenterialen Drüsen oder in den Lungen ein tuberkulöser Herd sich findet. Eine zweite, allgemein anerkannte Tatsache ist es, daß der häufigste Sitz der Tuberkulose der weiblichen Genitalien die Tube ist, wenn auch palpatorisch an derselben nichts nachzuweisen ist. Was die Frage der Operation anlangt, so habe ich gegen die Exzision des tuberkulösen Geschwürs nichts einzuwenden, doch ist es eine Frage, ob der Patientin damit viel genützt ist? Ich habe die Ansicht gehört, man solle die Frauen mit Genitaltuberkulose so behandeln wie Patientinnen mit Lungentuberkulose, also mit Klimawechsel, diätetisch usw. Ob auf diese Weise Ausheilungen zustande gekommen sind, ist mir nicht bekannt. Ob man in dem demonstrierten Falle die Totalexstirpation des ganzen Genitales vornehmen soll, weiß ich nicht, da an den Tuben palpatorisch nichts nachweisbar ist. Doch läßt sich dagegen nichts einwenden. In der Literatur finden sich Fälle niedergelegt, in denen die Tuben als entzündliche Tumoren exstirpiert und erst nachher als tuberkulös erkannt worden waren. Ich stehe in diesen Fällen ausnahmsweise auf einem etwas konservativen Standpunkte. Ich habe in den letzten Jahren einige solcher Fälle an Tuberkulose der Portio gesehen und es ist interessant, daß dieselben auf den ersten Anblick als Karzinome imponieren, während sie sich erst bei näherer Untersuchung als Tuberkulose herausstellen.

Peham: Ich möchte unter den interessanten Mitteilungen von Fabricius auf den Fall aus Panczowa reflektieren, bei dem er von einer primären Tuberkulose des Uterus spricht. Eine solche läßt sich ohne Obduktionsbefund nicht feststellen, weshalb es geboten erscheint, sich in dieser Richtung mit einer gewissen Reserve auszudrücken. Was den Vorschlag Schautas anlangt, Klimawechsel und ein diätetisches Verfahren in solchen Fällen einzuleiten, so kann bei einer Frau, die dieser Bevölkerungsschichte angehört, ein solches nicht in Betracht kommen. Ich habe mit dem Manne der Patientin gesprochen, der sich über die Art und Prognose der Erkrankung bei mir erkundigte. Derselbe wünscht, daß alles aufgeboten werde, um der Erkrankung Einhalt zu tun. Wenn eine Patientin in einer entsprechenden sozialen Stellung ist und alles tun kann, um sich zu erholen, so kann gewiß das konservative Vorgehen, wie es Schauta empfohlen hat, in Betracht kommen.

Fabricius: Zu dem erwähnten Falle möchte ich noch bemerken, daß damals das Geschwür so ausgesehen hat wie in dem demonstrierten Falle. Ich konnte trotz eifriger Untersuchung sonst nichts von Tuberkulose im Organismus entdecken. Auch in der Familie ist keine Tuberkulose vorhanden. Die Patientin sah blühend aus und es fand sich an ihr nur das tuberkulöse Geschwür am Genitale. Sie selbst ging an tuberkulöser Meningitis zugrunde. Ob sie eine erkrankte Drüse irgendwo im Körper hatte, war natürlich nicht festzustellen.

II. Moszkowicz: Über eine neue Plastik bei Vesiko-Vaginalfistel. (Erschien ausführlich im Zentralbl. f. Gynaekol., 1908, Nr. 3.)

Diskussion.

Fleischmann: Herr Prim. Moszkowicz hat mit seiner interessanten Demonstration ein Thema zur Diskussion gestellt, das in den letzten Jahren ein Stiefkind der Gynaekologie geworden, von dem man wenig spricht, mit dem man sich ungern abgibt. Um so dankbarer ist es anzuerkennen, daß uns Herr Moszkowicz eine Methode geschenkt hat, die selbst in diesem verzweifelt schwierigen Falle zu einem so schönen Resultate geführt hat. Im letzten Jahre hatte ich in meiner Spitalsabteilung, die jetzt zum Sammelpunkt schwieriger, meist schon wiederholt operierter Harngenitalfisteln geworden ist, elf vorwiegend komplizierte Fisteln zu behandeln. Mit allen sind wir fertig geworden, nur diese eine hielt ich wegen ihrer hinter einer von schwieligen, am Knochen fixierten Narbe gebildeten Scheidenstenose versteckten Lage mit den bisher üblichen Methoden für inoperabel. Kollege Zuckerkandl, auf dessen Abteilung die Kranke kurze Zeit verweilte, wollte eine Kommunikation zwischen Scheide und Rektum anlegen und dann den Scheidenrest und die äußere Harnröhrenmündung zum Verschlusse bringen: so aussichtslos erschien auch ihm der direkte Verschluß der Fistel.

Schauta: Wir sind dem Kollegen Moszkowicz dankbar, daß er uns diese originelle Methode — ich kenne nichts Ähnliches in der Literatur — vorgeführt hat. Andrerseits weiß ich nicht, ob sich diese Methode für alle Fälle eignen wird. Der Fall, der uns vorgestellt wurde, war ein besonders schwerer. Aber mir kommt es vor, daß gerade die großen Schwierigkeiten desselben etwas Gutes für die Ausführung gerade dieser Methode gehabt hätten. Man muß sich nur die anatomischen Verhältnisse bei einem minder schweren Falle vorstellen.

Es müßte die Portio vaginalis entsprechend dem oberen Rande der Fistel durch Narbengewebe zerstört worden sein, wie das in dem Falle von Moszkowicz tatsächlich der Fall war. Nun hat Moszkowicz gerade von dieser Stelle den Lappen herauspräpariert und ich möchte ihm nun die Frage vorlegen, wie er sich die Operation vorstellt, wenn die Portio an normaler Stelle gewesen wäre. Dann hätte er an dieser Stelle keinen Lappen nehmen können, sondern er hätte denselben vielmehr seitlich herbeischaffen müssen. Gerade der Umstand, daß die Portio in seinem Falle zerstört war, war günstig für die Ausführung seiner Methode, weil man den Lappen abpräparieren und in die Fistel hineinschlagen konnte. Die Fistel war nicht groß — ich glaube fingerdick. Die Fisteln, die wir an der Klinik zu sehen Gelegenheit haben, sind gewöhnlich größer, so daß oft ein das ganze Septum vesico-vaginale einnehmender, von der Urethra bis zur Portio, ja selbst bis hoch in die vordere Lippe hinaufreichender Defekt vorhanden ist, so daß von einer Lappenbildung ober- oder unterhalb der Fistel keine Rede sein kann. Man kann höchstens an eine Lappenbildung rechts und links denken und dort kommt man vielleicht in Kollision mit dem Ureter. Ob diese Lappen sich dann so leicht hineinschlagen lassen, wäre nur eine Frage des Experimentes. Ich will mit dem, was ich sage, nicht etwa gegen die Methode von Moszkowicz etwas einwenden. Dieselbe stellt vielmehr eine außerordentlich glückliche Idee dar und ich werde mich freuen, wenn ich Gelegenheit haben sollte, diese Methode einmal prüfen zu können. Wir haben an unserer Klinik ein sehr großes Fistelmaterial und darunter sehr schwere Fälle; diese kommen überall in Wien herum.

Was die Frage bezüglich der Beseitigung des Zustandes, daß die Patientin in die Blase menstruiert, anlangt, so weiß ich nicht, ob man in diesem Falle nicht hinter der Stelle, wo der obere Rand der Fistel sich befand, eingehen, den Uteruskörper direkt aufsuchen und die vordere Fläche desselben an den so gebildeten Wundkanal annähen könnte, wie dies einmal Halban an meiner Klinik gemacht hat. Man kann den Uterus herunterziehen, ein Loch in denselben machen oder eine vorhandene Lücke in demselben benützen und mit der Scheide in Kommunikation bringen. Man bringt dadurch die Uterushöhle mit der Vagina in Verbindung und die Frau menstruiert dann wie gewöhnlich.

Fleischmann: Auf die letzte Bemerkung Schautas möchte ich bemerken, daß dies hier nicht ausführbar wäre. Ich habe permanent den Fall vom Rektum aus kontrolliert. Dasselbe geht hier so nahe heran, daß man ohne Verletzung desselben nicht an den Uterus herankommen könnte.

III. Schauta: Demonstration von Präparaten.

a) Ich möchte Ihnen 4 Präparate vorlegen, die ich innerhalb einer Woche durch Operation gewonnen habe. Der erste Fall betraf eine Myomenukleation. Es handelte sich um ein ziemlich großes Myom der hinteren Zervixwand, das jetzt durch den Alkohol sehr geschrumpft ist. An dem Tumor selbst ist nichts Besonderes; interessant ist nur die Art der Wundversorgung. Es handelte sich um eine 44jährige Person, welche dreimal geboren hatte, zuletzt vor 10 Jahren. Gelegentlich einer Influenza bemerkte sie außerhalb der Periode Blutspuren, weshalb sie sich untersuchen ließ. Bei der Untersuchung fand sich ein kindskopfgroßes Myom der hinteren Zervixwand in ganz charakteristischer Situation, in das kleine Becken hinunterreichend, die vordere Muttermundslippe zu einem halbkreisförmigem Saume ausgezogen; das Myom, bis in die Nabelhöhe reichend, hatte daselbst den Uteruskörper vorne aufsitzend. Laparotomie am 16. April. Nach Eröffnung der Bauchhöhle sah ich, daß man den Tumor isoliert enukleieren könne. Ich wollte die Enukleation zunächst aus technischen Gründen ausführen, um das Becken besser zugänglich machen zu können. Durch einen Querschnitt über die Kuppe des Tumors gelang es leicht, den Tumor zu enukleieren und da am Uterus kein weiteres Myom tastbar war, konnte man den Fall konservativ behandeln. Ich habe nun mit einer Kornzange durch die hintere Muttermundslippe gegen die Scheide hin durchgestoßen, damit eine ziemlich große Öffnung gemacht und dann, nachdem die Blutstillung vorgenommen worden war, den großen Sack mit Jodoformgaze — von der 7 *m* hineingingen — vollständig ausgestopft und darüber das Wundbett in 2 Etagen vernäht. Der Verlauf war ein glatter, die Frau hat nicht eine Stunde gefiebert. Vom dritten Tage an wurden die Streifen herausgezogen, jeden Tag zirka $^1/_2$ *m* bis zum 12. Tage, dann ein Drainrohr eingelegt. Die Höhle ist so stark geschrumpft, daß das Drainrohr jetzt nur auf einige Zentimeter hineindringt. Obwohl die Frau schon alt ist und man die Totalexstirpation hätte ausführen können, habe ich doch lieber die Enukleation aus technischen Gründen konservativ ausgeführt, denn bei der supravaginalen Amputation hätte ich sicher einer Teil des Bettes zurücklassen müssen und ich hätte ähnliche Verhältnisse geschaffen, wie ich sie auf konservativem Wege hier hergestellt habe; außerdem wäre die Totalexstirpation wegen

der komplizierten Wundverhältnisse im kleinen Becken schwer und zeitraubend gewesen.

b) Der zweite Fall betrifft ein Rezidiv von Myombildung. Es handelte sich um einen Fall, den ich zum zweiten Male zu operieren Gelegenheit hatte. Ich habe im Jahre 1898 bei der damals 31 Jahre alten Patientin wegen Blutungen ein kindskopfgroßes solitäres Myom der vorderen Uteruswand enukleiert. Die Enukleation geschah in erster Linie wegen des Alters der Patientin, die noch Kinder haben wollte. Es wurde die Naht des zurückgebliebenen großen Sackes in 3 Etagen ausgeführt und dann der größeren Sicherheit halber, da der Schnitt longitudinal an der vorderen Uteruswand geführt worden war, die ganze Nahtlinie extraperitoneal gelagert, die Nahtlinie rechts und links vom Peritoneum eingesäumt und darüber Faszie und Haut zum Abschluß gebracht.

Die Heilung erfolgte anstandslos. Die Dame befand sich bis vor zwei Jahren recht wohl. Seit dieser Zeit bemerkte sie ein Größerwerden des Abdomens. Bei der Untersuchung zeigten sich multiple Myome, die bis in Nabelhöhe reichten. Ich schlug nun die Laparotomie mit radikaler Entfernung der Myome vor. Sie verlangte dies auch ausdrücklich, da sie natürlich über dieses Rezidiv nicht entzückt war. Am 13. April wurde die Operation ausgeführt. Es erfolgte die Eröffnung des Peritoneum unter dem linken Rektus, Herauswälzen des ganzen Uterus, der mittelst Adhäsionen mit den Bauchdecken in Zusammenhang war, hierauf typische supravaginale Amputation mit Zurücklassung der Adnexe. Interessant in diesem Falle ist die kleine, unscheinbare Narbe, zu welcher das große Wundbett der ersten Operation zusammengeschrumpft war und die man am Durchschnitte des Präparates deutlich sehen kann. Die Narbe ist nur 2—3 *cm* lang. Man sieht übrigens an einzelnen Stellen noch Fäden eingekapselt. An einem der mikroskopischen Präparate ist ein solcher Faden eingestellt. Nach so langer Zeit, nach 9 Jahren, sieht man noch die abgekapselten Fäden.

c) In dem dritten Falle handelte es sich um Torsion einer Ovarienzyste. Ich stelle den Fall deshalb vor, weil es sich um eine sehr intensive Torsion gehandelt hat, indem dieselbe dreimal, d. i. in 3 Kreisen erfolgte, und zweitens weil die Ätiologie eine eigentümliche ist. Es handelte sich um eine 53jährige Frau, bei der vor zwei Jahren ein faustgroßer Tumor konstatiert worden war. Seit dieser Zeit wurde sie nicht gesehen. Erst in letzter Zeit kam die Dame wieder in ärztliche Behandlung. Seit einem Jahre befindet sie sich im Klimakterium. Am 12. April trat unter Schmerzen, leichter Temperatursteigerung (um 38° herum) eine stärkere Spannung im Abdomen auf, ohne daß irgend eine besondere Veranlassung dazu zu konstatieren gewesen wäre. Auf näheres Befragen der Patientin erfuhr ich folgendes: Dieselbe ist eine eifrige Klavierspielerin; drei Tage vor dem Anfalle war dieselbe an einem 8händigen Klavierspiele beteiligt, bei dem sehr schwierige Passagen mit Übergreifen der Hände zu bewältigen waren, wobei es zu einigen heftigen Bewegungen der Dame kam. Bei dieser dicken und behäbigen Frau konnte kein anderer Grund als Ursache der Torsion der Zyste angenommen werden als eben die Bewegungen beim Klavierspiele, mit dem sie sich täglich zwei Stunden durch 3 Tage vor dem Anfalle beschäftigt hatte. Bei der Laparotomie am 20. April fand man einen dunkelblauschwarzen Tumor mit enormer Verdickung der Tube. Der Stiel des Tumors war dreimal um seine Achse gedreht. Dieser wurde mittelst Pantokknoten abgebunden, die Zyste entfernt. Verlauf vollständig glatt.

d) Der vierte Fall ist in anderer Beziehung sehr interessant, denn in diesem Falle habe ich etwas gelernt, was ich früher nicht gewußt habe; wie leicht man nämlich den Uterus perforieren kann. Es handelte sich um eine 66jährige Frau, bei der seit 18 Jahren die Menses ausgeblieben waren. Im August des vorigen Jahres wurde bei ihr angeblich ein Polyp entfernt, nachdem sie ein Jahr geblutet hatte. Die Untersuchung des Polypen in ihrer Heimat soll Karzinom ergeben haben. Bis vor 6 Wochen befand sich Patientin recht wohl, dann trat wieder eine leichte Blutung auf. Bei der Untersuchung fand sich der Uterus nicht wesentlich vergrößert, retroflektiert, die Portio vollkommen glatt, aus dem Uterus ein blutigwässeriger Ausfluß. Ich dachte nun an Karzinom des Corpus uteri, wollte mir aber mit Rücksicht darauf, daß vor 6 Wochen nur eine leichte Blutung da war, durch ein Probecurettement Sicherheit verschaffen. Ich habe die Patientin narkotisiert, um, wenn das Curettement positiv ausfallen sollte, sogleich die Totalexstirpation anschließen zu können. Es war dies am 13. April. Zuerst wurde zur Feststellung der Richtung des Kanales eine Sonde ein-

geführt. Mit der Sonde kam ich in so weiches Gewebe, daß ich glaubte, es müsse hier ein Karzinom vorliegen. Doch verlor ich plötzlich die Führung der Sonde, indem dieselbe auf 15 *cm* hineinglitt, und es wurde mir klar, daß der Uterus perforiert war. Da der Uterus entfernt werden mußte, habe ich denselben vaginal exstirpiert mit vollkommenem Schluß des supravaginalen Wundrandes und des Peritonealraumes. Die Untersuchung ergab an der vorderen Fläche des Uterus eine ganz kleine Lücke im Peritoneum — ohne Blutung —, und als ich nun daran ging, die Stelle zu finden, an der die Perforation zustande gekommen war, fand ich an der vorderen Uteruskante eine nußgroße Stelle mit wallartig aufgeworfenen Rändern (Karzinom) und am unteren Rande des Walles war die Sonde eingedrungen. Ich kann behaupten, daß ich absolut keine Gewalt oder größere Kraft angewendet habe, ich ging so zart als möglich vor und die Sonde drang so wie in Butter ein und durchbohrte den Uterus. Wenn mir dies in meiner Sprechstunde passiert wäre oder überhaupt in einem Augenblicke, wo nichts zur Operation vorbereitet war, so wäre die Gefahr der Infektion noch in Betracht gekommen. Es ist dies wieder ein Fall, der beweist, wie ungeheuer vorsichtig man bei der Sondierung und beim Curettement sein muß. Ich habe, wie gesagt, erst jetzt eine richtige Vorstellung von der ungeheuren Brüchigkeit des Uterus bekommen, wie ich sie vordem nicht gehabt habe.

Die Patientinnen in sämtlichen vorerwähnten Fällen machten eine glatte Rekonvaleszenz durch.

Diskussion.

Chrobak: Wir haben unlängst über Perforation des Uterus gesprochen und ich habe erwähnt, daß von Rochwitz die Angabe vorliegt, es gebe Uteri, nicht am Ende der Schwangerschaft, sondern normal große Uteri, welche, wenn man sie auf eine Sondenspitze aufhängt, durch das eigene Gewicht von selbst perforiert werden. Ich habe dies oft versucht, aber nie bestätigt gefunden. Daß wir in früherer Zeit, selbst bei zartestem Vorgehen, oft den Uterus perforiert haben, ist fraglos. Es gab eine Zeit, in der die Ansicht galt — sie ging besonders von Amerika aus —, es sei kein Uterus als untersucht zu betrachten, der nicht auch mittelst der Sonde untersucht worden war. Heute untersuchen wir mit der Sonde viel weniger als früher, in einer Woche kaum so viel, als früher an einem Tage. Ich selbst habe bei der Sondenuntersuchung noch nie etwas Unangenehmes erlebt. Mir ist es zur Regel geworden, die Sonde nie anders zu führen, als sie durch ihr eigenes Gewicht in den Uterus hineingleiten zu lassen. Was den Fall von Enukleation des Myoms von Schauta anlangt, so ist derselbe wieder ein Beweis mehr, daß es mit der konservativen Methode der Enukleation bei Myomen seinen Haken hat. Es wird mir wohl niemand einen Mangel an konservativer Gesinnung zumuten und doch bin ich gerade in dieser Richtung weniger konservativ geworden. Ich habe Ihnen einmal mitgeteilt, daß ich bei einer Frau 36 Myome enukleiert habe, und mußte dieselbe schließlich später doch dann radikal operieren. Ich will es nicht verneinen, daß ein gewisser Wert in der konservativen Behandlung liegt. Ich halte mich daran, wenn mehr als ein Myom vorhanden ist, nicht zu enukleieren. Nur zu leicht werden die im Uterus befindlichen Keime nach der Operation von dem Druck entlastet und beginnen zu wachsen. Was die Versorgung des Myombettes anlangt, wie sie Schauta angegeben hat, indem er die Nahtlinie extraperitoneal anlegte, so muß ich sagen, daß auch ich schon in der Lage war, es so zu machen. Doch ist diese Art Versorgung keine gute, da, wenn Schwangerschaft eintritt, bedenkliche Störungen eintreten können. Ich erinnere mich an einen Fall, in dem ich ein solitäres Myom enukleiert hatte — dasselbe saß links an der Zervix — und nachträglich Schwangerschaft eintrat. Die Frau kam vor der Entbindung zu mir und da sie die Sectio caesarea ablehnte, mußte die Perforation ausgeführt werden. Jetzt ist die Frau wieder gravid, und ich bin nun neugierig, wie sie sich bei der nächsten Geburt verhalten wird.

Schauta: Ich bin sehr erfreut, daß sich Chrobak punkto Enukleation auf demselben Standpunkte befindet wie ich. Auch ich mache die Enukleation nur ganz ausnahmsweise und nur wo ganz besondere Verhältnisse vorliegen, erstens, wo es sich um ein solitäres Myom handelt und zweitens im jugendlichen Alter, besonders wenn der ausdrückliche Wunsch der Patientin, noch Kinder zu bekommen, vorhanden ist. So war es auch in demjenigen meiner Fälle, in dem ich ein Rezidiv erlebte und deshalb noch einmal operieren mußte. In dem zweiten Falle bin ich wegen der leichteren Technik in der geschilderten Weise vorgegangen. Was die Annähung des Uterus mit extraperitonealer Naht in drei Etagen anlangt, so tat ich es auch in der Angst, es könnte zu einer Nachblutung kommen. Daß ein so behandelter Uterus bei der Gravidität so besondere Schwierigkeiten machen sollte, möchte ich nicht glauben, denn der Uterus wird ja hoch oben angenäht und die Adhäsionen lockern sich für gewöhnlich, besonders in der Schwangerschaft. Wenn wir wiederholt die Sectio caesarea ausführen, so kommen Adhäsionen fast immer zur Beobachtung. Ich habe noch nie eine Sectio caesarea zum zweiten Male

ausgeführt, wo der Uterus nicht adhärent gewesen wäre. Aber durch das Aufsteigen des Uterus werden die Adhäsionen sehr lange gedehnt, so daß Schwierigkeiten für das weitere Bestehen der Gravidität nicht bestehen. Ich stehe auf dem Standpunkte, daß die Indikationen für die Enukleation stark eingeschränkt werden müssen, und ich habe auch stets nach diesem Standpunkte gehandelt, so lange ich operativ tätig bin.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Gynaekologie.

Gray Ward, Prolapse of the Ovary and Its Treatment. The Journ. of the Amer. Med. Assoc., Nr. 18.

Carstens, Ovary and Tube aud Ovarian Tumors in the Inguinal Canal. Ebenda.

Kermauner, Über Ätiologie und Therapie der Dysmenorrhöe. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., H. 5.

Kroemer, Über einige seltenere Formen der Genitaltuberkulose des Weibes. Ebenda.

Albrecht, Über postoperativen mesenterialen Darmverschluß. Ebenda.

Kehrer, Die Wirkung der Hydrastis- und Cotarninpräparate auf Uterus und Blutdruck. Ebenda.

Szili, Operative Methodik in der II. Frauenklinik zu Budapest. Orvosi Hetilap. Gyn., 1907, Nr. 40.

Vértes, Heißluftbehandlung in der Gynaekologie. Orvosi Hetilap, 1907, Nr. 44—45.

Rotter, Reflexionen zur Frage der Asepsis bei gynaekologischen Operationen. Budapesti Orvosi Ujság, 1907, Nr. 43.

Burlando, Un' isterectomia vaginale per epitelioma nodulare del collo dell' utero complicato da corpi fibrosi e lesione annessiale destra. Archivio Ital. di Ginecol., Nr. 9.

Biasotti, L' „Eugenina Mione" nella terapia ostetrica ginecologica. Ebenda.

Keefe, End Results in Operations for Prolapsus Uteri. The Amer. Journ. of Obstetr., Nov.

Pfaff, Phlebitis Following Abdominal Operations. Ebenda.

Baldwin, Formation of an Artificial Vagina by Intestinal Transplantation. Ebenda.

Sellmann, Some of the Causes of Painful Menstruation in Young Unmarried Women. Ebenda.

Reder, The Menstrual Function; Its Influence Upon Chronic Inflammatory Conditions of the Appendix. Ebenda.

Hayd, Lithopedion or Lithokelyphopedion, Thirty-two Years Old, Successfully Removed. Ebenda.

West, When Shall We Perform Myomectomy and When Hysterectomy in Uterine Fibromyomata? Ebenda.

Howitt, Enucleation of Large Extramural Intraligamentary Uterine Myomata. Ebenda.

Zinke, A Case of Subperitoneo-Pelvic Fibroid Complicating a Four Months' Pregnancy. Ebenda.

Jonas, Temporary Uretero-Vaginal Fistula After Panhysterectomy for Fibroid of the Uterus. Ebenda.

Carstens, Fibroid Operations During Pregnancy. Ebenda.

Taussig, Metastatic Carcinoma of the Tube and Ovary in Cancer of the Cervix. Surg., Gyn. and Obstetr., Nr. 5.

Mc Girk, Enuresis in the Female Due to Phimosis. Ebenda.

Watkins, Technique of Supravaginal Abdominal Hysterectomy. Ebenda.

Koerting, Ichthyol-Ichthynat. Wiener med. Presse, Nr. 47.

Polano, Zur Behandlung der Dysmenorrhöe von den Brustdrüsen aus. Münchener med. Wochenschr., Nr. 47.

Bumm, Die Behandlung der Eklampsie. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 47.

Kownatzki, Die Venen des weiblichen Beckens und ihre praktisch-operative Bedeutung. J. F. Bergmann, Wiesbaden 1907.

Eckstein, Teplitz-Schönau als Heilbad für Frauenleiden. W. Seidemanns Verl., 1907.

Di Nardo, Su un caso di endotelioma dell' ovajo. La Rass. d'Ostetr. e Ginecol., Nr. 11.

Doléris, De la conservation des ovaires dans l'hystérectomie. Annales de Gyn. et d'Obstétr., Nov.

Lecène, Sarcome développé sur un utérus fibromateux, hystérectomie supravaginale, guérison opératoire. Ebenda.

Forgue et Massabuau, Les tumeurs à formations chorio-épithéliomateuses des glandes génitales, en particulier de l'ovaire. Revue de Gynéc., Nr. 5.
Malcolm, Hysterectomy and Appendicectomy Performed on a Patient aged 74. The Brit. Med. Journ., Nr. 2448.
Carmichael, The Correlation of the Ovarian and Uterine Functions. Ebenda.
Beckhaus, Ein Blutgefäßendotheliom mit Ausbreitung in den erweiterten Gefäßen eines diffus myomatösen Uterus. Virchows Archiv, Bd. CXC, H. 2.
Hannes, Die moderne Asepsis bei der gynaekologischen Laparotomie. Die Heilkunde, H. 11.
Amann, Ureterdeckung und Drainage bei ausgedehnter Beckenausräumung wegen Uteruskarzinom. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. LXI, H. 1.

Geburtshilfe.

Beruti, Der tiefe Querstand, mit besonderer Berücksichtigung seiner Ätiologie. Inaug.-Diss., Freiburg, Oktober.
Canstein, Beitrag zur Frage der Hebosteotomie. Inaug.-Diss., Greifswald, Oktober.
Fedele, Condotta del medico nei casi di gravidanza in donna tubercolosa. La Clinica Ostetr., Fasc. 21.
Haftl, Geburtshilfliche Fälle aus der ländlichen Praxis. Budapesti Orvosi Ujság, 1907, Nr. 38.
Scipiades, Über die Gebärmutterruptur. Orvosi Hetilap, 1907, Nr. 40.
Mann, 18 Fälle von Extrauterinschwangerschaft. Ebenda.
Velits, Adrenalin bei Osteomalakie. Ebenda.
Minich, Eine Gebärmutterperforation in krimineller Betrachtung. Budapesti Orvosi Ujság, 1907, 44.
Góth, Ein neuer Handgriff bei atonischer Blutung. Gyógyászat, 1907, Nr. 45.
Jonýs, Über Skopolamin-Morphiumnarkose in der Geburtshilfe und Gynaekologie. Budapesti Orvosi Ujság, 1907, Nr. 45—46.
Kimbacher, Über die frühzeitige Lösung der normal sitzenden Plazenta. Gyógyászat, 1907, Nr. 46.
Levi, Considerazioni sopra due casi di ciste dermoide in gravidanza. Archivio Ital. di Ginecol., Nr. 9.
Maello, Pleurite e gravidanza. L'Arte Ostetrica, Nr. 21.
Huggins, The Toxemia of Pregnancy as Observed by the Gynecologist. The Amer. Journ. of Obstetr., Nov.
Cannaday, Present Treatment of Puerperal Sapraemia and Puerperal Sepsis. Ebenda.
Lyons, Premature Interruption of Pregnancy. Ebenda.
Simpson, Deferred Operation for Ruptured Ectopic Gestation. Surg., Gyn. and Obstetr., Nr. 5.
Sinclair, Surgical Treatment of Puerperal Fever with Special Regard to General Practice. Ebenda.
Warden, On the Occasional Necessity of Drainage of the Uterus in Puerperal Infection. The Lancet, Nr. 4394.
Hill, Asphyxia Neonatorum. New York Med. Journ., Nr. 19.
Hanley, Extrauterine Pregnancy. Ebenda.
Mc Donald, Puerperal Infection from the Gonococcus. Albany Med. Annals, Nr. 11.
Herzfeld, Zur vorzeitigen Ablösung der normal sitzenden Plazenta. New Yorker Med. Monatsschr., Nr. 5.
Mykertschianz, Über Gravidität im rudimentären Uterushorn. Wratschebnaja Gazeta, Nr. 45.
Wiater, Zur Ätiologie der Hyperemesis gravidarum. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 48.
Riemann, Warzenschutz durch Gaudanin. Ebenda.
Fossati, Über Nerven in der Nabelschnur und in der Plazenta. Ebenda.
Mensinga, Hat der Arzt das Recht, bei einer tuberkulösen schwangeren Frau im 2. Monat den Abort einzuleiten? Der Frauenarzt, H. 11.
Orthmann, Zur instrumentellen Uterusperforation bei Abort. Berliner klin. Wochenschr., Nr. 48.
Zweifel, Über Gefahren und Behandlung der Placenta praecox. Münchener med. Wochenschr., Nr. 48.
Mathes, Über Dammschutz. Ebenda.
Haun, Zur Pubiotomie. Ebenda.
Fitzgerald, An Interesting Case of Tubal Abortion. The Lancet, Nr. 4395.
Oliver, The Determinants of Abortion and how to combat them. The Brit. Med. Journ., Nr. 2448.
Nyulasy, A Case of Tubal Abortion. Ebenda.
Schmieden, Über die Behandlung der puerperalen Mastitis mit dem Hyperämieverfahren. New Yorker Med. Monatsschr., Bd. XIX, Nr. 6.
Bossi, Die Nebenniere und die Osteomalakie. Arch. f. Gyn., Bd. LXXXIII, H. 3.

Ravano, Über die Frage nach der Tätigkeit des Eierstockes in der Schwangerschaft. Ebenda.
Busalla, Beschreibung und histologisches Untersuchungsergebnis eines neuen Falles von Eierstockschwangerschaft. Ebenda.
Mansfeld, Über den Wert der puerperalen Bakteriologie. Ebenda.
Birnbaum, Über die Ausscheidung der Chloride in der Schwangerschaft, speziell bei Hydrops graviditatis und Albuminurie. Ebenda.
Riemann, 5 Fälle von Geburtsstörungen durch Tumoren. Ebenda.
Puppel, Über die Behandlung der Osteomalakie mit Nebennierenpräparaten. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 49.
Conitzer, Kurze historische Notiz zur Handschuhfrage. Ebenda.

Aus Grenzgebieten.

Bab, Beitrag zur Bakteriologie der kongenitalen Syphilis. Münchener med. Wochenschr., Nr. 46.
Hellendall, Zur obligatorischen Einführung der Credéisierung der Neugeborenen. Med. Klinik, Nr. 47.
Lewis, Ophthalmia Neonatorum; a Pathologic Anachronism. The Amer. Journ. of Obstr., Nov.
Massaglia et Sparapani, Éclampsie expérimentale et éclampsie spontanée des animaux. Archives Italiennes de Biologie, T. XLVIII, Fasc. 1.
Stratz, Die Körperpflege der Frau. Ferd. Enke, Stuttgart 1907.
Oberndorfer, Über Riesenzellenbildung in der Dezidua. Virchows Archiv, Bd. CXC, H. 2.
Horst, Zur Ätiologie von Lähmungen im Gebiete des Plexus brachialis bei Operationen in Beckenhochlagerung und ihre Verhütung. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 49.

Personalien und Notizen.

(Personalien.) Professor Dr. Sarwey hat den Ruf nach Erlangen abgelehnt und verbleibt in Rostock. — Professor Henkel in Greifswald ist dem Herausgeberkreise der Gynaekologischen Rundschau beigetreten. — An Stelle Professor Schottlaenders wird Privatdozent Dr. Erwin Kehrer die Leitung des Laboratoriums der Heidelberger Frauenklinik übernehmen. — **Berufen:** Professor Dr. Jung in Greifswald hat einen Ruf als ordentlicher Professor und Direktor der Universitäts-Frauenklinik in Erlangen erhalten und angenommen. — **Gestorben:** Dr. Ch. J. Wright, ehemals Professor an der medizinischen Fakultät zu Leeds.

(Sexualprobleme.) Die bisherige Zeitschrift „Mutterschutz“ hat ihren Inhalt erweitert und erscheint nunmehr unter dem Titel „Sexualprobleme“. Schon das erste Heft zeigt, daß vielfach Gebiete berührt werden, die von großem Interesse für den Gynaekologen und praktischen Arzt sind. Für die gediegene Führung des Blattes bürgt die Liste der angekündigten Artikel, die aus berufenster Feder stammen. Das neue Organ ist gewiß geeignet, eine Lücke auszufüllen und sei allgemeinem Interesse warm empfohlen.

(Staatliche Hebammenunterstützung.) Das von der preußischen Regierung im Vorjahre ausgearbeitete Hebammengesetz wird vom derzeitigen Ministerium zurückgestellt, dafür aber wurden zur Unterstützung der Bezirkshebammen 50.000 Mk. eingestellt. Hiervon sollen Beträge zugute kommen denjenigen Hebammen, welche sich in Kreisen mit Hebammenmangel niederlassen, oder anderen zur Erhöhung ihres garantierten Mindesteinkommens; auch in der Karenz befindlichen und an Fortbildungskursen sich beteiligenden Hebammen sollen hiervon Unterstützungen zuteil werden.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: **Dr. Oskar Frankl.**

Herausgeber, Eigentümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg.**

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

GYNAEKOLOGISCHE RUNDSCHAU.

ZENTRALORGAN

FÜR

GEBURTSHILFE UND FRAUENKRANKHEITEN.

II. Jahrg. 1908. 5. Heft.

Original-Artikel.

Über die sogenannte Eklampsie ohne Krämpfe.

Nach einem am 28. November 1907 in der Magdeburger medizinischen Gesellschaft gehaltenen Vortrag von **G. Brunet.**

Trotz der zahlreichen klinischen und experimentellen Studien der letzten Jahre ist eine Einigung über die Ursache der Eklampsie bisher nicht erfolgt. Für die meisten Autoren ist die Eklampsie eine Intoxikationskrankheit, aber weder das Gift selbst, noch seine Bildungsstätte ist eindeutig nachgewiesen. Viel genauer bekannt sind uns dagegen die Veränderungen, die das präsumptive Gift an den verschiedenen Geweben des Körpers setzt. Grundlegend waren hierfür die Arbeiten von Jürgens, Lubarsch und Schmorl, und es ist Schmorl unbedingt beizupflichten, wenn er von einem charakteristischen Sektionsbefund bei der Eklampsie spricht. (Verhandlungen des 9. Kongresses für Gynaekologie 1901.) Der Befund wird durch einen Komplex von Organveränderungen repräsentiert, „welcher sich aus Nierenveränderungen, aus anämischen und hämorrhagischen Lebernekrosen, aus Blutungen und Erweichungen im Gehirn sowie im Herzen und aus multipler Thrombenbildung zusammensetzt“.

So wie in klinisch einwandfreien Fällen von Eklampsie auf dem Sektionstisch ein oder das andere Symptom weniger ausgesprochen ist oder ganz fehlen kann, so hat man umgekehrt in klinisch unklaren Fällen bei typischem Sektionsbefund die Diagnose auf Eklampsie gestellt. Es sind bis jetzt, soweit ich die Literatur übersehe, 10 Fälle veröffentlicht, in denen aus dem anatomischen Befund auf eine Eklampsie geschlossen wurde, trotzdem das am meisten in die Augen springende Symptom, nämlich Krämpfe nicht aufgetreten waren. Neuerdings ist von Poten (Archiv f. Gynaekologie, Bd, 77) an der Hand einer Beobachtung bezweifelt worden, daß man berechtigt ist, diese Fälle der Eklampsie zuzurechnen. Ich glaube nicht, daß diese sogenannte, ohne Krämpfe verlaufende Form der Eklampsie so selten ist, wie es nach den wenigen in der Literatur niedergelegten Fällen scheinen könnte. Wenn man bei allen Frauen, die in der Geburt oder im Anschluß an dieselbe eines plötzlichen Todes gestorben sind, die Sektion machte, würde man wohl öfter auf diesen Befund stoßen. Wir haben hier, neben 26 Fällen von Eklampsie, in den letzten 2 Jahren nicht weniger als 3 Fälle gesehen, die, ohne Krämpfe gehabt zu haben, in der Schwangerschaft plötzlich zum Exitus kamen und die bei der Sektion das typische Bild, wie wir es bei an Eklampsie verstorbenen Frauen finden, darboten.

Fall I. Klara I., 19. November 1906. 19jährige I.-Gravida. Seit 8 Tagen bemerkt sie Schwellungen der Beine, seit 2 Tagen auch der Geschlechtsteile. Kein Erbrechen, Kopfschmerzen oder Sehstörungen. Letzte Regel Anfang März.

Befund: Blasses Mädchen. Ödem der Beine und der großen Schamlippen. Uterus steht etwas unterhalb des Rippenbogens. Scheidenteil fingergliedlang, Kopf beweglich über dem Beckeneingang. Lebendes Kind.

Der Urin, dessen 24stündige Menge 750 *cm*³ beträgt, enthält $^1/_2{}^0/_{00}$ Eiweiß und zahlreiche hyaline Zylinder. Da trotz der sofort eingeschlagenen Therapie die Urinmenge weiter fällt und Ödeme und Eiweiß zunehmen, wird am 22. morgens nach Erweiterung des Kollum mit Hegarstiften ein Kolpeurynter in den Uterus eingelegt. Abends 9 Uhr wird der Kolpeurynter geboren. Der Kopf stellt sich ein und nach 5 Stunden erfolgt die Spontangeburt eines toten, 34 *cm* langen, 1634 *g* schweren Kindes. Gleich nach der Entbindung stieg die Temperatur auf 39·8. Die Urinmenge nahm weiter ab und betrug in den letzten 24 Stunden nur wenige Kubikzentimeter. Etwa 10 Stunden nach der Entbindung wurde Patientin sehr unruhig, klagte über heftige Kopfschmerzen und mußte im Bett festgehalten werden, Krämpfe hat sie nicht gehabt. Puls 156, Temp. 39·4. Die Unruhe dauerte etwa 4—5 Stunden, dann wurde Patientin komatös und starb in der Nacht.

Sektion am 24. Gehirnsektion nicht gestattet. Das Herz ist etwas größer als die Faust, beide Ventrikel dilatiert. Das Muskelfleisch ist blaß und weich und erscheint trübe geschwollen. Unter der Pleura pulmonalis zahlreiche kleine Blutungen, die Lungen ödematös. Die Leber ist vergrößert und zeigt unter der Kapsel zahlreiche punktförmige bis zehnpfennigstückgroße Blutaustritte. Auf dem Durchschnitt ist das Gewebe von mäßigem Blutgehalt, die Läppchenzeichnung undeutlich. In einer Reihe größerer Gefäße bis zum Durchmesser von 8 *mm* finden sich obstruierende weiße Thromben.

Die Nieren sind von normaler Größe. Ihre Kapsel ist schwer abziehbar. Die Oberfläche ist rauh mit zahlreichen Narben und vorspringenden blassen und roten Herden durchsetzt. Die Farbe wechselt zwischen schiefriggrau und braunrot. Auf dem Durchschnitt finden wir das Nierenbecken rechts und ebenso den rechten Ureter erweitert. Die Rinde ist stellenweise eingezogen und verschmälert, an anderen Stellen stark verbreitert. Ihre Farbe ist ein gleichmäßiges Grauweiß, von einer Zeichnung ist nicht mehr die Rede. Die Markkegel zeigen mäßigen Blutgehalt. Die Gefäße in der Gegend des Nierenbeckens sind deutlich erweitert.

Mikroskopischer Befund: Leber: Die Zentralvenen sind erweitert, die Leberzellbalken durch rote Blutkörperchen, die vielfach die Farbe schlecht annehmen, auseinandergedrängt. Die Leberzellen sind mit Gallenpigment beladen, die Kerne gut färbbar, das Protoplasma nimmt stellenweise nur schwach den Farbstoff an. Nekrosen bestehen nirgends, dagegen an vielen Stellen, besonders unterhalb der Kapsel Blutaustritte ins Gewebe. Die Media der Arterien ist beträchtlich verdickt. Die Pfortaderäste sind stark erweitert und zahlreiche kleinere und größere Äste enthalten neben Leukozyten nach Weigert färbbare, teils körnige, teils feinfädige Massen.

In den Lebervenen, aber auch ab und zu in einer Zentralvene finden sich Leberzellen einzeln und in Verbänden; ihre Färbbarkeit ist normal. Eine 6 *mm* dicke Vene ist durch einen geschichteten Thrombus verstopft, der neben spärlichen Leuko- und Erythrozyten größtenteils aus Fibrin besteht.

Die Nierenoberfläche ist höckrig und als Ursache dafür findet sich eine ausgebreitete, chronisch interstitielle Entzündung, welche die Nierenrinde in größeren und kleineren Herden durchsetzt. In ihrem Bereich sind die Arterien vermehrt und besonders ihre Media stark verdickt. Zwischen diesen geschrumpften Partien sind die Harnkanälchen erweitert und mit Detritusmassen gefüllt. Die Epithelien, besonders der gewundenen Kanälchen sind gequollen und zeigen alle Stadien der Nekrose, während die Glomeruli ohne wesentliche Veränderungen scheinen. In den absteigenden Kanälchen zahlreiche, meist hyaline Zylinder. Im Bereich der Markkegel sind die Degenerationserscheinungen an den Epithelien nur gering. Thromben in den Gefäßen wurden nicht gefunden.

Zusammengefaßt finden wir folgendes: Wegen schwerer Nierenstörungen wird der Abort eingeleitet. Post partum bessert sich die Nierentätigkeit jedoch nicht, sondern hört völlig auf. Pat. bekommt Kopfschmerzen und Erregungszustände und stirbt im

Koma. Bei der Sektion finden sich Blutungen in der Pleura und Leber, parenchymatöse Degeneration des Herzens, Nekrosen der Leber und Nieren neben einer älteren interstitiellen Nephritis. Multiple Thromben der Lebergefäße.

Fall II. Frau B., 8. Dezember 1906. 36jährige, gut genährte Frau. Sie hat vor 9 Jahren einmal geboren. Letzte Regel am 10. April. Die Schwangerschaft soll ohne Beschwerden verlaufen sein. Am 7. September wurde der Ehemann, der mit ihr das Bett teilte, durch laute röchelnde Atmung seiner Frau geweckt und fand dieselbe bewußtlos. Krämpfe sind nicht beobachtet worden. Am anderen Morgen wird die Pat. hier eingeliefert; sie hat das Bewußtsein seit der Nacht nicht wieder erlangt.

Befund: Leichte Ödeme an Beinen und Unterschenkeln. Puls 120, stark gespannt, Temp. 39·5. Der spärliche Urin enthält 15°/₀₀ Eiweiß. Der Uterus steht in Nabelhöhe, deutliche Wehen. Portio fingergliedlang, Halskanal für einen Finger durchgängig. Es wird ein kleiner Metreurynter eingelegt. Nachmittags 4 Uhr wird derselbe entfernt, ein Fuß herabgeholt und die Frucht nach Einschnitten in den zehnpfennigstückgroßen Muttermund und Perforation des Schädels extrahiert. Expression der Plazenta und Aderlaß von 300 *cm*³. Exzitantien. Länge der Frucht 25 *cm*. Der Zustand der Pat. bleibt völlig unverändert, sie ist dauernd bewußtlos, die Atmung röchelnd. Exitus am folgenden Tage 2 Uhr morgens.

Die Sektion ergibt folgendes: Gehirn: Die Gefäße der Pia sind erweitert. In dem stark dilatierten linken Seitenventrikel ein über hühnereigroßes Blutgerinnsel. Thalamus opticus und Corpus striatum links durch schwarze Blutmassen völlig zerstört. Ein weiteres walnußgroßes Blutgerinnsel im Zentrum des Kleinhirns. Die rechte Hirnhälfte ist völlig frei. Herz anderthalbmal so groß wie die Faust. Beide Ventrikel dilatiert, die Muskulatur des linken stark hypertrophisch. Schwielige Tuberkulose und alte Adhäsionen an der rechten Lungenspitze. In den Unterlappen Ödem und frische pneumonische Herde. Die Leber ist groß, ihre Kapsel ist gespannt. Zahlreiche kleine Blutungen unter derselben. Die Lappenzeichnung ist verwischt, die Zentralvenen sind deutlich erweitert, die Peripherie der Azini ist opak und blaß. An mehreren Stellen finden sich, besonders unter der Kapsel, bis haselnußgroße, blasse Infarkte. Thromben sind nicht zu sehen.

Linke Niere 7 *cm* lang, Kapsel adhärent, die Oberfläche von zahlreichen Narben durchsetzt. Nierenbecken und Ureter in seiner ganzen Ausdehnung erweitert. Die Rinde ist blaß und geschwollen, mit eingesprengten narbigen Herden. Rechte Niere 10 *cm* lang, Kapsel leicht abziehbar, Rinde geschwollen, opak, vorquellend. Nierenbecken nicht erweitert. Die übrigen Organe sind ohne wesentliche Veränderungen.

Mikroskopischer Befund: Im Bereiche der Rinde sind die Epithelien der Harnkanälchen völlig nekrotisch. Die Glomeruli erscheinen teilweise geschrumpft, während ihre Epithelien nur geringe Degenerationsmerkmale erkennen lassen. Auch die geraden Harnkanälchen sind großenteils mit normal erscheinendem Epithel ausgekleidet. Nirgends Rundzelleninfiltration, keine Zylinder. Die Nierengefäße sind dilatiert und teils mit Blutkörperchen, teils mit körnigen oder feinfädigen Niederschlägen gefüllt, die sich nach Weigerts Fibrinmethode nicht färben. In der linken Niere ist neben den degenerativen Erscheinungen eine chronisch interstitielle Nephritis nachweisbar.

Leber: Ausgedehnte Hämorrhagien unter der Kapsel, kleinere über die ganze Leber zerstreut. Das Leberparenchym ist nur zum kleineren Teil erhalten. Neben kirschkerngroßen Infarkten, die von einem Leukozytenwall umgeben sind und in deren Bereich das Lebergewebe völlig zerstört und durch Blutkörperchen und Zelltrümmer ersetzt ist, finden sich zahlreiche kleinere nekrotische Herde, die teils in der Peripherie der Azini liegen, teils einen oder mehrere Azini ganz betreffen. Meist haben die Leberzellen die Färbbarkeit ganz eingebüßt, während sie an anderen Stellen nur herabgesetzt ist. Überall Gallenpigment. In den besser erhaltenen Partien sind die Zentralvenen dilatiert und die Leberzellbalken unregelmäßig durch Blutkörperchen auseinandergedrängt. Eine Reihe hauptsächlich größerer Pfortaderäste ist mit einem feinmaschigen Netz, in dem zahlreiche, zum Teil schlecht färbbare rote Blutkörperchen liegen, ausgefüllt. Dasselbe besteht, wie die Weigertsche Färbung zeigt,

aus feinfädigem Fibrin. Auch in der Peripherie der Infarkte ist viel Fibrin nachweisbar. In zahlreichen Lebervenen finden sich Leberzellen einzeln und in Verbänden.

In der Lunge Ödem, Blutungen und bronchopneumonische Herde.

Fall III. 26. April 1907. Frau N., 22jährige I-p. Letzte Regel Mitte August. Patientin hat sich bis gestern Abend wohl befunden. Um 9 Uhr bekam sie Erbrechen, das in der Nacht sich mehrmals wiederholte, sie war sehr unruhig, konnte nicht schlafen und litt an heftigen Kreuzschmerzen. Krämpfe sind nicht beobachtet worden. Der zugezogene Arzt fand sie morgens bewußtlos nnd schickte sie in die Anstalt. Pat. stirbt auf der Treppe der Klinik. Das Kind wird bei völlig erweitertem Muttermund sofort gewendet und extrahiert, es ist tief asphyktisch und wird nicht wiederbelebt. 54 *cm* langer, 3900 *g* schwerer Knabe.

Die Sektion wird am nächsten Tage vorgenommen und ergibt folgendes: Gut genährte Frau mit leichten Ödemen an den Unterschenkeln. Gehirn: Unter der Pia, auf die rechte Hemisphäre beschränkt, ein etwa 1 *cm* dicker, flacher Blutkuchen, der Ober- und Unterfläche der vorderen Gehirnhälfte bedeckt. Auf Horizontalschnitten findet man den rechten Seitenventrikel stark erweitert und mit einem dicken, schwarzen Blutgerinnsel völlig ausgefüllt. Ein weiterer walnußgroßer Bluthherd, der mit dem rechten Seitenventrikel in Verbindung steht und bis an die Gehirnoberfläche reicht, befindet sich im rechten Stirnlappen. Thrombosierte Gefäße lassen sich nicht nachweisen.

In der Bauchhöhle 500 cm^3 blutigseröser Flüssigkeit. Herz leicht vergrößert, der linke Ventrikel dilatiert. Leber groß, unter der Kapsel bis Handtellergröße erreichende Blutungen sowohl auf Ober- wie Unterfläche. Auf dem Durchschnitt wechseln blasse mit dunkleren Stellen, die Zeichnung ist verwischt, die Schnittfläche vorquellend. Beide Nieren von dunkel braunroter Farbe, die Kapsel leicht abziehbar. Sie sind größer wie normal. Beim Aufschneiden quillt aus dem Nierenbecken reichlich flüssiges Blut. Die Rinde ist stark verbreitert, trüb geschwollen und etwas rötlich gefärbt. Beide Ureteren sind bis zu ihrem Eintritt in die Blase dilatiert.

Mikroskopischer Befund: Niere: Die Epithelien der Rinde sind großenteils völlig nekrotisch, sie haben gequollenes körniges Protoplasma und nur ab und zu einen färbbaren Kern. Keine Rundzelleninfiltration. Am besten konserviert und größtenteils in ihrer Färbbarkeit erhalten sind die Glomeruli. Die Kapillaren sind erweitert und strotzend mit Blut gefüllt. Viele Harnkanälchen der Rinde sind mit hyalinen Zylindern angefüllt. In den rindenwärts gelegenen Partien der Markkegel sind die Epithelien der Harnkanälchen zum Teil nekrotisch, während sie weiter nach dem Nierenbecken zu größtenteils färbbare Kerne besitzen. Viele der geraden Harnkanälchen sind erweitert und mit nekrotischen Epithelien angefüllt. Im Nierenbecken ein großes Blutgerinnsel mit massenhaft eingestreuten Nierenepithelien. In den Nierengefäßen sind Thromben nicht nachweisbar, das in denselben befindliche Blut ist entfärbt. Viel Blutpigment überall im Gewebe. Leber: Die Leberzellbalken sind durch schwach tingierte rote Blutkörperchen auseinandergedrängt. Die Venen sind stark erweitert und großenteils durch eine feinkörnige, Eosin- und Pikrinsäure stark annehmende, nach Weigert nicht färbbare Masse verstopft, dazwischen liegen Leukozyten und an vielen Stellen Leberzellen eingesprengt. Letztere sind meist schlecht färbbar. Thromben sind nicht nachzuweisen. Viele Azini zeigen Kern- und Zellzerfall. Überall findet sich Gallenpigment. Unter der Leberkapsel größere Blutherde. Lungen: In den Unterlappen Ödem und bronchopneumonische Herde. In den Gefäßen weder Thromben noch Leberzellembolien nachweisbar.

In den letzten beiden Fällen finden wir eine ziemliche Übereinstimmung im anatomischen Befund. Blutungen in Gehirn, Lunge und Leber, in Fall III auch in Bauchhöhle und Nierenbecken. Parenchymatöse Degeneration des Herzens und daneben Nekrosen in Leber und Niere, im zweiten Fall außerdem eine chronisch interstitielle Nephritis. Multiple Thrombenbildung in den Gefäßen. Im zweiten Fall ging dem Tode der im 6. Monat graviden Frau eine 24stündige, plötzlich eingetretene Bewußtlosigkeit voraus, irgendwelche Krankheitssymptome hatte sie vorher nicht gehabt. In Fall III handelt es sich um eine am Ende der Gravidität stehende Frau, die mit Erbrechen

und Unruhe erkrankt, dann plötzlich das Bewußtsein verliert und nach wenigen Stunden stirbt. Alle drei Fälle zeigen also auf dem Sektionstisch und nach der mikroskopischen Untersuchung der Organe den charakteristischen Befund, wie ihn Schmorl und Lubarsch für die Eklampsie aufgestellt haben. Krämpfe sind in Fall I, der 3 Tage in der Klinik beobachtet wurde, sicher nicht aufgetreten, während wir uns in Fall II und III auf die Angaben der Angehörigen verlassen müssen. Jedoch sind die eklamptischen Anfälle etwas so in die Augen Fallendes, daß sie auch von Laien nicht so leicht übersehen werden dürften.

Warum kam es nun in unseren und den in der Literatur sich findenden Fällen nicht zum Ausbruch von Krämpfen? Schmorl gibt darauf folgende Antwort: „Einmal könnte man annehmen, daß die Intoxikation mit dem Eklampsiegift in diesen Fällen eine so schwere war, daß sofort eine Lähmung des Zentralnervensystems eintrat, wie wir auch bei Vergiftungen mit bekannten Giften beobachten, daß schwache Dosen beziehentlich geringe Konzentrationen reizend, stärkere Dosen und höhere Konzentrationen direkt lähmend wirken. Zweitens wäre es auch möglich, daß die Organveränderungen bereits zu einer Zeit den Tod herbeiführten, wo die zur Auslösung der Krämpfe notwendige Reizhöhe noch nicht erreicht war.“ Während uns für die erste Annahme jedoch die Beweismöglichkeit fehlt, solange das Eklampsiegift selbst nicht gefunden ist, findet die zweite Theorie mancherlei Unterstützungspunkte durch den klinischen und anatomischen Befund. Unsere zweite Patientin erlag, ohne daß vorher Krankheitssymptome aufgetreten waren, einer Apoplexie, die sie während des Schlafes überraschte. Fall III ist im Verlauf der ersten Geburtsperiode sehr unruhig, wird plötzlich bewußtlos und stirbt nach einigen Stunden. Im Gehirn finden sich mächtige apoplektische Herde. Einen ähnlich rapiden Verlauf finden wir mit Ausnahme des Potenschen Falles, der erst am 5. Tage starb, in sämtlichen in der Literatur niedergelegten Beobachtungen. Vom Auftreten der ersten alarmierenden Symptome bis zum Koma und Tod vergehen meist nur wenige Stunden.

Ferner finden wir unter neun verwertbaren Fällen siebenmal Blutungen und Erweichungen im Gehirn, die zum Teil als direkte Todesursache anzusehen sind. Es ist wohl einzusehen, daß ein so schwer verändertes Gehirn nicht mehr durch Auslösen von Krämpfen reagiert. Ziehen wir ferner die bei der Autopsie gefundenen außerordentlich schweren parenchymatösen Veränderungen des Herzens, der Niere, der Leber und ganz besonders die, in fast allen Fällen beobachtete, multiple Thrombenbildung in den Blutgefäßen in Betracht, so glaube ich, können wir verstehen, daß diese Fälle zum Exitus kamen, ohne daß das supponierte Eklampsiegift seine krampferregende Wirkung entfalten konnte. Neben diesen beiden Theorien, die das Nichtauftreten der Krämpfe erklären sollen, gibt es, glaube ich, noch eine dritte Möglichkeit, auf die ich weiter unten zurückkommen werde.

Weitere wichtige Krankheitserscheinungen, die in der Mehrzahl der Fälle den eklamptischen Anfällen vorauszugehen pflegen, sind Erbrechen, Kopfschmerzen und motorische Unruhe. Kopfschmerzen und Erbrechen finde ich in sieben, auffallende Unruhe in fast allen Fällen erwähnt. In unserem Fall I war die motorische Erregtheit so beträchtlich, daß die Pat. während mehrerer Stunden mit Gewalt in ihrem Bett festgehalten werden mußte. Ganz besonders interessant ist hier der Fall III von Schmorl und der Fall Esch'. Ersterer sah bei seiner bewußtlosen Pat. anfallsweise auftretende Zuckungen im rechten Arm und Bein, und letzterer beobachtete anfallsweise auftretende Zuckungen im Gesicht. Diese „abortiven Anfälle“ (Esch) leiten zu den sogenannten, ohne Krämpfe verlaufenden Eklampsien über. Eine weitere

Brücke finden wir in jenen öfters beobachteten Fällen, die zugrunde gehen, nachdem nur ein einziger Anfall vorausgegangen war. Schmorl zitiert einen derartigen Fall, in dem die Pat. 40 Minuten nach einem einzigen eklamptischen Anfall einer Apoplexie in Pons und Medulla erlag. Wir finden also in diesen 13 Fällen die größte Übereinstimmung sowohl im klinischen wie im anatomischen Befund, nur daß hier an Stelle der Krämpfe meist andere Störungen von seiten des Gehirns auftreten. In dem Potenschen Fall fehlten Gehirnerscheinungen vollständig.

Während es sich in den bisher besprochenen Fällen von „Eklampsie ohne Krämpfe" stets um Autopsiediagnosen handelte, die nach dem für die Eklampsie typischen, von Schmorl aufgestellten Organbefund gestellt wurden, versuchte man neuerdings auch auf Grund der klinischen Erscheinungen bei Fällen, die in Heilung ausgingen, die Diagnose Eklampsie ohne Krämpfe zu stellen. Mir sind die folgenden drei Fälle bekannt geworden: Macé et Gaillard (Soc. d'obstetr. de Paris, 15. November 1906). Eine Schwangere, die bisher nie Krankheitserscheinungen gehabt hatte, wird plötzlich bewußtlos. Bei ihrer Aufnahme findet man beträchtliche Mengen Albumen im Urin, stark gespannten Puls und eine rechtsseitige Hemiplegie, tiefes Koma. Durch Lumbalpunktion werden 30 *ccm* stark blutiger Flüssigkeit entleert. Nach 4 Tagen ist das Bewußtsein zurückgekehrt, am 6. Tag wird ein mazerierter Fötus ausgestoßen. Nach 14 Tagen ist die Lähmung der linken Körperhälfte geschwunden. Gleich nach der Einlieferung war ein Aderlaß gemacht worden, nach dem der Blutdruck beträchtlich sank und dauernd normal blieb. Das Albumen verschwand bald aus dem Urin. Macé und Gaillard glauben, daß es sich um einen ohne Krämpfe verlaufenden eklamptischen Zustand gehandelt habe.

Einen weiteren Fall teilt Binder („Zentralbl. f. Gynaek.", 1906, Nr. 37, pag. 1019) mit: „Nach Prodromen, bestehend in vermehrtem und verstärktem Kopfschmerz, mehrfach auftretendem plötzlichem Verdunkeln der Augen, tritt nach einer normalen Entbindung aus bestem Befinden plötzlich ein Zustand von mehrstündiger tiefer Bewußtlosigkeit ein, begleitet von großer Muskelunruhe, die sich äußert in fast fortwährendem Hin- und Herwerfen, dabei Jammern, Stöhnen, selbst Singen. Nach mehrstündigem Bestand löst sich der Zustand allmählich und schwindet vollkommen nach Eintritt von Schlaf und Schweiß. Ein reichlicher Eiweißgehalt schwindet so rasch aus dem Urin, wie es sonst nur nach Eklampsie beobachtet wird, und mit dem Eiweißgehalt geht fast ebenso rasch die Herzhypertrophie zurück und tritt volle Genesung ein. Das typische Bild der Eklampsie, nur daß hier anstatt der Krämpfe ein Zustand großer Muskelunruhe beobachtet wird.

Der dritte Fall stammt von Bauer (Monatsschr f. Geburtsh., 23, H. 5). Bei einer I-para treten in und nach der Entbindung Magenschmerzen, heftige Kopf- und Nackenschmerzen, teilweise Benommenheit, Delirien und vorübergehende Erblindung auf. Im Urin reichlich Albumen. Die schweren Zerebralsymptome gingen allmählich im Verlauf von 10 Tagen zurück, das Eiweiß verschwand rasch aus dem Urin. Als Ursache für die zerebralen Erscheinungen nimmt Bauer das Bestehen einer Eklampsie ohne Krämpfe an.

Wir haben kürzlich hier einen ähnlichen Fall gesehen, der ebenfalls in Heilung überging.

4. September 1907. Schlecht genährte Frau, hat vor 6 Jahren Gelenkrheumatismus und Endokarditis gehabt. Vor 3 Jahren normale Entbindung. Im Januar dieses Jahres wird eine Sehnervenatrophie auf nephritischer Basis bei ihr festgestellt. Letzte Regel Mitte März. Seitdem und besonders in den letzten 8 Tagen zunehmende Sehstörungen. Auf der Haut bemerkt Pat. seit einigen Tagen rote Flecke.

Schwangerschaft im 5.—6. Monat. Der Urin enthält 16‰ Albumen und massenhaft epitheliale und granulierte Zylinder. Puls 70, hart. Keine Ödeme. Ekchymosen an den Extremitäten und am Bauch, die an einigen Stellen Linsengröße erreichen. Ikterische Färbung der Corneae und subkonjunktivales Ödem. Dilatation des Herzens nach links und rechts, Geräusche über der Mitralis. Die Leberdämpfung reicht nicht bis zum Rippenbogen, die Magengegend ist druckempfindlich. Es wird ein kleiner Metreurynter eingelegt; einige Stunden später treten heftige Kopfschmerzen in Stirn und Hinterkopf auf. Mehrmals Erbrechen und Schmerzen in der Magengegend. 5. September morgens: Frucht und Plazenta werden digital entfernt. Seit gestern 300 *g* Urin, der ein spezifisches Gewicht von 1030 hat und 20‰ Albumen enthält. Massenhafte Zylinder, kein Gallenfarbstoff. Der Zustand der Pat. ist äußerst bedrohlich. Sie sieht gar nichts mehr, die Atmung ist stark beschleunigt, der Puls unregelmäßig, 116. Kampferinjektionen. Pat. schläft den ganzen Tag, sie ist völlig apathisch und reagiert nur auf Anreden, dabei zeigt sie sich unorientiert über ihre Umgebung und weiß nichts mehr von der Entbindung. 6. September. Die 24stündige Urinmenge beträgt 400 *g* und enthält 15‰ Albumen. Pat. hat die ganze Nacht geschlafen und stark geschwitzt, sie ist immer noch leicht benommen. Puls 124, unregelmäßig. Atmung beschleunigt. Allmählich bessert sich der Zustand, und das volle Bewußtsein kehrt wieder. Die Urinmenge steigt auf 1500, das Albumen fällt bis zum 9. Tage auf 2‰. Entlassung.

Es ist nicht von der Hand zu weisen, daß diese 4 Beobachtungen mit dem Bild der Eklampsie viel gemeinschaftliche Züge aufweisen. Schwangerschaft der späteren Monate, hohe Pulsspannung, reichlicher Eiweißgehalt des Urins, die bei der Eklampsie fast nie vermißten Kopfschmerzen, und vor allem zerebrale Störungen sind vorhanden. Letztere bestehen in Sehstörungen, Benommenheit, die sich bis zur völligen Bewußtlosigkeit steigern kann, Delirien und in einem Fall in einer Hemiplegie. Sind wir nun berechtigt, aus diesen Symptomen die Diagnose Eklampsie ohne Krämpfe zu stellen? Die objektiv nachweisbaren Symptome: Albumen, Zylinder und herabgesetzte Urinmenge zeigen eine Erkrankung der Niere an. Der erhöhte Blutdruck und die in unserem Fall wohl darauf zurückzuführenden Hautblutungen, die auch von Schmorl in einer Reihe mit Krämpfen verlaufener Eklampsien beobachtet wurden, weisen auf eine Störung im Gefäßsystem hin. Dazu kommen endlich die zerebralen Störungen. Alle diese Symptome werden bei der typischen Eklampsie angetroffen, und es drängt sich hier die Frage auf: Ist die Eklampsie überhaupt eine spezifische Erkrankung, oder handelt es sich in den Fällen, wo es zum Ausbruch der Krämpfe kommt, nicht vielmehr um schwere Allgemeinstörungen des schwangeren Organismus, die bald mit, bald ohne Krämpfe verlaufen können?

Die klinische Erfahrung zeigt uns, daß es unmöglich ist, in Fällen von Nephritis in gravididate den Ausbruch der Eklampsie vorauszusagen. Wir sehen schwerste Nierenstörungen mit tagelang anhaltender Anurie ohne Krämpfe verlaufen, andrerseits Formen mit guter Diurese und geringem Eiweißgehalt des Urins unter eklamptischen Anfällen zugrunde gehen. Auch die exakten Untersuchungen der letzten Jahre über die Zusammensetzung der Körperflüssigkeiten eklamptischer und nephritischer Schwangerer haben es nicht vermocht spezifische Unterscheidungsmerkmale zwischen Eklampsie und Nephritis in graviditate zu finden. So kommt Büttner (Arch. f. Gynaek., Bd. 79, S. 461) zu folgenden Schlüssen: „Vergleichen wir nun die am Eklampsieharn gemachten Beobachtungen mit denen am Harne der Schwangerschaftsniere und am normalen Geburtsurin, so finden wir durchweg gleichartige Veränderungen gegenüber der Norm. Immerhin handelt es sich um eine Einschränkung der Wassermenge, um eine Verschiebung des normalen Verhältnisses von Chloriden zu Achloriden zuungunsten ersterer, um eine Einschränkung der Reaktionsfähigkeit der Niere. Und wenn auch der Eklamp-

sieniere insofern etwas Besonderes zu eigen zu sein scheint, als sie hochkonzentrierte Harne wohl nur selten bildet, was die Schwangerschaftsniere und Geburtsniere kann, so ist dies nur ein gradueller, nicht aber ein prinzipieller Unterschied.“ Dienst geht nach seinen Untersuchungen (Arch. f. Gynaek., Bd. 65, S. 440) noch einen Schritt weiter, er kommt zu dem Schluß: Die Schwangerschaftsnephritis ist eben unserer Auffassung nach in bei weitem der Mehrzahl der Fälle nichts anderes als eine durch das der Eklampsie supponierte Gift bereits erzeugte, sekundäre chemisch-toxische Nephritis und stellt somit das Anfangsstadium der Eklampsie dar. „Sehr klar erkennen wir meines Erachtens die Richtigkeit dieser Anschauung an den Fällen, wo es bei der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft wegen schwerer Nierenstörungen zum Auftreten von eklamptischen Anfällen kommt. Wir sahen hier unter 20 aus dieser Indikation in den letzten Jahren eingeleiteten Frühgeburten sechsmal, d. i. in 30% eklamptische Anfälle auftreten.“

Nach den Untersuchungen Schröders (9. Kongreß für Gynaekologie) ist bei der Schwangerschaftsniere und besonders bei der Graviditätsnephritis der Blutdruck erhöht. Dasselbe findet sich häufig auch bei der Eklampsie, und zwar besonders im Verlauf der Erkrankung. Was endlich den bei der Eklampsie erheblich vermehrten Fibringehalt des Blutes anbetrifft, so wissen wir aus den Untersuchungen von Nasse, daß das Fibrinprozent bei jeder Gravidität, wahrscheinlich durch die Aufnahme der fötalen Abfallstoffe ins mütterliche Blut ansteigt. Bestimmungen des Fibringehaltes bei Nephritis in graviditate sind nicht zu meiner Kenntnis gekommen. Eine weitere Übereinstimmung bringen die Untersuchungen Zweifels (Arch. f. Gynaek., Bd.76, S. 572). Zweifel hat bekanntlich im Blut und Harn der Eklamptischen regelmäßig Fleischmilchsäure nachgewiesen und faßt die Eklampsie als eine Säurevergiftung des Körpers auf. In fünf untersuchten Fällen von Graviditätsnephritis gelang ihm ebenfalls der Nachweis der Fleischmilchsäure.

Fassen wir die mitgeteilten Resultate zusammen, so finden wir, daß zwischen der Eklampsie und der sogenannten Schwangerschaftsnephritis die engsten Beziehungen bestehen, und daß das einzige Unterscheidungsmerkmal der beiden Erkrankungen nur durch den Ausbruch der Krämpfe gegeben ist. Ich glaube, man kann noch einen Schritt weiter gehen und — solange nicht weitere Untersuchungen spezifische Unterschiede zwischen Eklampsie und Nephritis zutage fördern — behaupten: die eklamptischen Anfälle sind ein in einer Reihe von Fällen zu beobachtendes Symptom jener Allgemeinerkrankung schwangerer Frauen, die in mehr oder minder in Erscheinung tretender parenchymatöser Degeneration von Nieren, Leber und Herz in Veränderungen in der Zusammensetzung des Blutes und häufig in Störungen des Gehirns besteht. Wir sind also in keinem Fall imstande, bei einer Schwangerschaftsnephritis vorauszusagen, hier kommt es zum Ausbruch von eklamptischen Krämpfen oder nicht. Wenn wir die Erfahrungen, die wir bei der künstlichen Frühgeburt gemacht haben, verallgemeinern dürfen, so haben wir, bei den schweren Fällen von Schwangerschaftsnephritis wenigstens, den Ausbruch der Eklampsie in jedem dritten Fall zu erwarten. Sehr deutlich tritt uns diese Inkonstanz im Auftreten der Anfälle in dem von Kreutzmann (Ref. Zentralbl. f. Gynaek., 1899, Nr. 44) mitgeteilten Fall vor Augen. Kreißende mit Schwangerschaftsnephritis und 6‰ Albumen im Urin, das post partum rasch verschwindet. Keine Eklampsie. Das Neugeborene bekommt, 36 Stunden alt, eine Reihe eklamptischer Anfälle, Genesung. Hier ist die Nephritis der Mutter und die Eklampsie der Frucht doch auf die Wirkung eines und desselben Giftes zurückzuführen.

Ich glaube mit **Poten**, der Begriff Eklampsie ohne Krämpfe — diese Contradictio in adjecto — ist zu verlassen, und zwar nicht nur für die klinisch diagnostizierten, mit Gehirnsymptomen verlaufenden Fälle von Nephritis in graviditate, sondern auch für die auf dem Sektionstisch erkannten Fälle. Dadurch wird der oben zitierte, von **Schmorl** an der Leiche erhobene und für die Eklampsie als typisch bezeichnete Symptomenkomplex insofern erweitert, als wir denselben auch bei solchen an der sogenannten Nephritis in graviditate verstorbenen Frauen antreffen können, die niemals eklamptische Anfälle gehabt haben. In der Literatur finden sich mit den unsrigen jetzt 13 derartige Beobachtungen.

Auf Grund dieser Fälle und der oben gemachten Auseinandersetzungen glaube ich den Schluß ziehen zu können: Es gibt eine spezifische Erkrankung schwangerer Frauen, die Veränderungen der parenchymatösen Organe, des Blutes und des Gehirns macht, und in deren Verlauf es häufig zum Auftreten von Krämpfen kommt. Gehirnsymptome können in leichten Fällen ganz fehlen, aber auch einmal in einem tödlich verlaufenden Fall (s. **Poten**) vermißt werden. Im allgemeinen finden wir bei schweren und bei tödlich verlaufenden Fällen dagegen das Gehirn in Mitleidenschaft gezogen. Wir finden Blutungen und Erweichungen, die sich klinisch durch Bewußtlosigkeit und Lähmungen äußern.

Aus der Triester Gebäranstalt (Regierungsrat Prof. Dr. E. **Welponer**).

Erfahrungen mit Bossi's Dilatator.

Von Dr. **Arturo Brun**, Assistent.

Unsere Klinik war wohl eine der ersten, die sich mit der **Bossi**schen instrumentellen Dilatation der kreißenden Gebärmutter beschäftigte. Eine sofortige Veröffentlichung einzelner Fälle erfolgte nicht, weil unser Chef, Prof. **Welponer**, die Methode durch einen längeren Zeitraum an der Hand verschiedenartiger, jedoch nach gleichmäßigen Grundsätzen behandelter Fälle überprüfen wollte, um ihre Vorteile respektive Nachteile aus eigener Erfahrung kennen zu lernen, speziell um sich ein persönliches Urteil über die Indikationen zur Intervention und über die dazu geeigneten Fälle bilden zu können. Denn daß auch dabei Mißgriffe vorkommen können, beweist ein in letzter Zeit selbst dem Erfinder der Methode vorgekommener Fall (s. Gynaekologische Rundschau, I, 20. Heft). Unsere Devise lautete wie immer: nur keine Schnellproduktion, sondern jeden Eingriff nach strenger Indikation ausführen. Es mutet ganz merkwürdig an, wenn man von so viel und so viel Fällen **Bossi**scher Erweiterung liest, die in kurzer Zeit in einer Klinik vorkamen. Unwillkürlich muß man dabei denken: war unsere Geburtshilfe bis jetzt gar so unbeholfen und war es mit ihr so traurig bestellt, daß auf einmal so viele Uteri gewaltsam erschlossen werden mußten? Sind denn uns wegen verspäteten Eingriffes gar so viele Mütter und Kinder zugrunde gegangen?

Durchforscht man diese Zenturien, die alles beweisen sollen, was man aus ihnen herauslesen will, so kommt man zur Ansicht, daß in vielen Fällen die Operation ganz überflüssig war, wenn man sich ein bißchen auf das Zuwarten verlegt hätte, und wiederum, daß man oft in Fällen forciert operierte, denen besser und sicherer anders beizukommen gewesen wäre. Der ersteren Serie folgt die Lobrede, der zweiten, unheilvollen, der Tadel.

Wir haben versucht, in unseren Fällen stets objektiv vorzugehen und nur bei strikter Indikation zu operieren. Selbstverständlich wuchs mit dem Erfolg das Zutrauen zur Methode, aber auch die Vorsicht, nicht um jeden Preis etwas erzwingen zu wollen, was das Instrument ohne Gefährdung des zu erweiternden Teiles einfach nicht leisten kann.

In einem Zeitraume von 6 Jahren (1901—1907) bei zirka 3000 Geburten, haben wir den Bossischen Dilatator 26mal (0·8%) angewendet. Die Indikationen waren folgendermaßen verteilt:

Eklampsie	17 Fälle
Tympania uteri	2 „
Künstliche Frühgeburt wegen Beckenenge	2 „
Placenta praevia	1 Fall
Carcinoma uteri	1 „
Akute gelbe Leberatrophie	1 „
Chorea gravidarum	1 „
Schwere Anämie wegen dezidualer Blutungen	1 „

Zur besseren Übersicht über die erzielten Resultate werden zuerst die wegen Eklampsie vorgenommenen Erweiterungen zusammengestellt.

A. Wegen Eklampsie vorgenommene Dilatationen.

Von den während dieser Zeit beobachteten 35 Eklampsiefällen (dazu kommen noch 5 im Wochenbett) wurden 27 wegen dringender Indikation operiert, darunter 17 mit Bossischer Methode. Die 17 Fälle (cfr. Tabelle) betreffen 14 Erstgebärende und 3 Mehrgebärende, davon 7 Fälle mit fast verstrichenem Collum (Muttermund dünnrandig, für ein oder zwei Finger durchgängig oder noch geschlossen) und 10 mit noch erhaltenem Collum und dickrandigem, oft kaum für die Fingerspitze durchgängigem Muttermunde.

In den ersteren Fällen (7 Erstgebärende am Ende der Schwangerschaft) hatte die Anwendung des Instrumentes vorzüglichen Erfolg. Der Muttermund erweiterte sich leicht bis 9 *cm* bei einer Anwendungszeit von 15 bis 40 Minuten und die Kinder konnten leicht mit der Zange extrahiert werden. Ein einziges Mal (cfr. Nr. 14) hat man die Kraniotomie an Stelle der Zange angewendet, weil das Kind notorisch abgestorben war und die Frau moribund. Risse erfolgten nicht bei fünf Frauen, hingegen bei zwei nur leichte und oberflächliche. Aus diesen Resultaten läßt sich wohl der schnelle und ausgezeichnete Erfolg der Bossischen Methode zur Erweiterung des mit dünnen Rändern versehenen Muttermundes bei verstrichenem oder fast verstrichenem Collum ersehen.

Ganz anders verhielten sich die 10 Fälle mit erhaltenem, mehr oder weniger langem Collum. Bei diesen handelte es sich siebenmal um Erstgeschwängerte (1 im 6., 2 im 7., 4 im 8. und 1 im 9. Monate) und dreimal um Mehrgeschwängerte (im 5., 8. und 9. Monate). Die Erweiterung dauerte 15 Minuten bis fast 2 Stunden. Daraus ergibt sich eine mittlere Dauer der Operation von 44 Minuten, im Gegensatze zu den früher beschriebenen Fällen, wo sie nur 16 Minuten beträgt. Ein einziges Mal war es möglich, eine Erweiterung bis 9 *cm* zu erreichen; bei den übrigen Fällen mußte man sich einmal mit einer Erweiterung bis 5 *cm*, dreimal bis 6 *cm*, zweimal bis 7 *cm* und dreimal bis 8 *cm* begnügen. Aus diesen Fällen sind folgende hervorzuheben:

Fall 1 (confr. Tabelle). Erstgeschwängerte am Anfange des neunten Schwangerschaftsmonates mit geschlossenem äußeren Muttermunde und Portio vaginalis von normaler Länge.

Nach einer volle sieben Viertelstunden dauernden vorsichtigen Erweiterung bis 6 *cm* entstand ein großer Riß, der die Fortsetzung des Eingriffes sehr bedenklich machte. Der Dilatator wurde abgenommen und da die Anfälle indessen aufhörten, gelang es durch Sprengen der Blase und Abwarten, die Frau später mit einer leichten Zange zu entbinden.

Fall 6 (confr. Tabelle). Erstgeschwängerte im sechsten Schwangerschaftsmonate mit geschlossenem äußeren Muttermunde und Portio vaginalis von normaler Länge. Das Collum fängt an, nach einer mechanischen Erweiterung bis 6 *cm*, zu zerreißen, so daß man lieber zu einer Hysterostomatomia bilateralis greift, um die Geburt mit der Zange vollenden zu können.

Fall 15 (confr. Tabelle). Erstgeschwängerte im achten Schwangerschaftsmonate mit vollständig geschlossenem äußeren Muttermunde und noch erhaltener Portio. Es wird sieben Viertelstunden dilatiert, um eine Erweiterung bis 8 *cm* zu erreichen; trotzdem wird kraniotomiert, da die Muttermundsränder ihre Rigidität nicht eingebüßt hatten.

In dieser zweiten Serie von 10 Fällen mit erhaltenem Collum wurden viermal Risse beobachtet, zwei oberflächliche und zwei tiefe, jedoch nicht penetrierende.

Deshalb sind die mit dem Dilatator bei nicht verstrichener Portio und bei langem Mutterhals erzielten Erfolge durchaus nicht so günstig wie bei den früher erwähnten sieben Fällen von fast verstrichenem Collum. Man hat sogar genau beobachten können, daß trotz langsamer Anwendung des Instrumentes das Collum fast gar nicht verkürzt, sondern oft nicht einmal genügend gedehnt wurde.

Deshalb sind wir zur Überzeugung gekommen, die Anwendung des Instrumentes bei noch erhaltenem, langem Collum zu verwerfen.

B. Wegen verschiedener Indikationen vorgenommene Dilatationen.

Wie erwähnt, wurde in anderen neun Fällen wegen verschiedener Indikationen die Erweiterung mit dem Dilatator vorgenommen:

Tympania uteri. Zwei alte Primiparae mit vorzeitigem Blasensprunge, engem, rigidem Muttermund bei verkürztem Collum, abgestorbener Frucht und Fieber bei beginnender Zersetzung. Glänzender Erfolg. Die Erweiterung gelingt in 20 resp. 30 Minuten ohne Risse. Die Frauen wurden geheilt entlassen.

Placenta praevia partialis. Primipara im neunten Monate. Schädellage. Muttermund mit für drei Finger durchgängigem, teilweise noch erhaltenem Collum. Sogleich nach Aufnahme spontaner Blasensprung, und da trotzdem die Blutung fortdauert und die Wendung wegen Enge der Weichteile (sehr rigide Vagina) schwer ausführbar erscheint, wird der Dilatator angelegt, um die Geburt zu beschleunigen. Erweiterung des Collums bis 8 *cm* in 30 Minuten ohne Verkürzung desselben. Die darauf angelegte Zange extrahiert leicht ein asphyktisches, 2200 *g* schweres, 43 *cm* langes Kind. Leichter Abgang der Plazenta und normales Wochenbett.

Carcinoma portionis vaginalis. XI-para am Ende der Schwangerschaft. Bei der Aufnahme war das Collum für einen Finger durchgängig, die vordere Lippe karzinomatös infiltriert und leicht blutend. Mekoniumabgang. Da die Portio nicht zirkulär infiltriert war, sondern noch normales Gewebe zeigte, wurde schnell zur mechanischen Erweiterung mit dem Dilatator gegriffen, um das schon stark gefährdete kindliche Leben zu retten. Erweiterung bis 9 *cm* in 10 Minuten und Extraktion mit der Zange eines 3300 *g* schweren lebenden Kindes. Die darauf vorgenommene Austastung des Zervikalkanals ergab einen linksseitigen Riß im infiltrierten Gewebe ohne besondere Blutung. Die Frau, die im Wochenbett nicht gefiebert hatte, wollte absolut von einer radikalen Operation nichts wissen und verließ die Anstalt auf eigenes Verlangen zehn Tage nach der Entbindung. Ein Jahr später kam sie als inoperabler Fall zur Beobachtung.

Künstliche Frühgeburt wegen Beckenenge: 2 Fälle.

Fall 1. Platt rachitisches Becken zweiten Grades (Conj. vera 8½ *cm*) bei einer zum achten Male schwangeren Frau in der 36. Schwangerschaftswoche. Künstliche Frühgeburt

Übersichtstabelle über die siebzehn mit dem

(Die Fälle mit * betreffen die erste Serie von

Nummer	Zeit der Operation, Protokollnummer	Alter	? para	Schwangerschaftsmonat	Befund der Weichteile	Mechanische Dilatation, Dauer und Maß der Erweiterung
1	5. XII. 1901, Nr. 420	23	I	Anfang des IX. Mon.	äußerer Muttermund geschlossen, Portio von fast normaler Länge	$1^3/_4$ Stunde bis 6 *cm*
2*	2. XII. 1901, Nr. 418	20	I	Partus incipiens	äußerer Muttermund für einen Finger durchgängig, mit ganz dünnen Rändern	35 Minuten bis 8 *cm*
3*	30. VIII. 1902, Nr. 350	20	I	Partus incipiens praem.	äußerer Muttermund für zwei Finger durchgängig, mit dünnen Rändern	15 Minuten bis 9 *cm*
4*	31. IX. 1902, Nr. 401	26	I	IX.	äußerer Muttermund geschlossen, mit dünnen Rändern	25 Minuten bis 10 *cm*
5	9. XII. 1902, Nr. 492	32	IV	V.	äußerer Muttermund geschlossen, Portio vaginalis von normaler Größe	15 Minuten bis 5 *cm*
6	28. III. 1903, Nr. 122	26	I	VI.	äußerer Muttermund geschlossen, Portio vaginalis von normaler Größe	20 Minuten bis 6 *cm*
7	19. VII. 1903, Nr. 279	39	I	VIII.	äußerer Muttermund für die Fingerspitze durchgängig, Portio noch erhalten	45 Minuten bis 8 *cm*
8	28. VII. 1903, Nr. 288	43	X	Partus incipiens praem.	äußerer Muttermund für zwei Finger durchgängig, Collum 2 *cm* lang	25 Minuten bis 9 *cm*
9	14. I. 1905, Nr. 25	34	I	VIII.	äußerer Muttermund und Collum für einen Finger durchgängig, Collum von normaler Länge	1 Stunde bis 6 *cm*
10	21. I. 1905, Nr. 41	26	I	VII.	äußerer Muttermund und Collum für einen Finger durchgängig, Collum von normaler Länge	30 Minuten bis $6^1/_2$ *cm*
11*	24. I. 1905, Nr. 46	22	I	IX.	äußerer Muttermund für einen Finger durchgängig, mit dünnen Rändern	40 Minuten bis $6^1/_2$ *cm*
12	16. VI. 1905, Nr. 301	26	I	IX.	äußerer Muttermund für die Fingerspitze durchgängig, Portio noch erhalten	30 Minuten bis 7 *cm*

Dilatator behandelten Fälle von Eklampsie.

Eklampsien [Portio und Collum verstrichen].)

Nachträgliche Operation	Risse	Verlauf des Wochenbettes	Kind
nach Wegnahme des Instrumentes künstlicher Blasensprung, Zuwarten, später Zange	rechter großer Riß 2 *cm* lang	Bronchopneumonie, geheilt entlassen	2500 *g* schwer, lebend.
künstlicher Blasensprung, Zange	—	afebril, geheilt entlassen	4300 *g* schwer, lebend.
Zange	Sektion: Zwei oberflächliche Risse, einer rechts 2 *cm* lang und der andere vorne ganz oberflächlich	die Frau, die außerhalb der Anstalt 25 Anfälle hatte, starb einige Minuten nach der Operation	2500 *g* schwer, tot.
Zange	$1^1/_2$ *cm* langer oberflächlicher Riß links	afebril, geheilt entlassen	2800 *g* schwer, asphyktisch, wiederbelebt.
künstlicher Blasensprung, Wendung, Extraktion	Sektion: Keine Risse	die Frau starb zehn Stunden post partum	500 *g* schwer, tot.
Hysterostomatomia bilateralis, Zange	beginnender tiefer Riß	Bronchopneumonie, geheilt entlassen	1270 *g* schwer, tot.
Zange	Sektion: Oberflächliche Risse	die Frau starb plötzlich am dritten Wochenbettstage	2350 *g* schwer, asphyktisch, nicht wiederbelebt.
vor Einführung des Dilatators Hysteuryse eine Stunde lang trotz elastischem Zuge wirkungslos, Zange	—	normal, geheilt entlassen	2070 *g* schwer, lebend.
vor Einführung des Dilatators Hysteuryse, trotz elastischem Zuge wirkungslos, Zange	—	normal, geheilt entlassen	2000 *g* schwer, nach drei Stunden gestorben.
vor Einführung des Dilatators Hysteuryse, die keine Wehen erzeugte, Zange	—	normal, geheilt entlassen	1300 *g* schwer, nach einer Stunde gestorben.
Zange	—	normal, geheilt entlassen	2500 *g* schwer, lebend.
das Collum verkürzt sich nicht. Stinkendes Fruchtwasser. Kind tot. Kraniotomie	leichter linker Riß	normal, geheilt entlassen	3000 *g* schwer, tot.

Nummer	Zeit der Operation, Protokollnummer	Alter	? para	Schwangerschaftsmonat	Befund der Weichteile	Mechanische Dilatation, Dauer und Maß der Erweiterung
13*	16. VIII. 1905, Nr. 419	42	I	Partus incipiens	äußerer Muttermund für zwei Finger durchgängig, mit dünnen Rändern	20 Minuten bis 9 *cm*
14*	29. IX. 1905, Nr. 497	22	I	Partus incipiens	äußerer Muttermund für zwei Finger durchgängig, mit dünnen Rändern	15 Minuten bis 9 *cm*
15	14. X. 1905, Nr. 514	23	I	VIII.	äußerer Muttermund vollständig geschlossen, Portio vaginalis noch erhalten	$1^3/_4$ Stunde bis 8 *cm*
16	7. VII. 1906, Nr. 388	39	VII	Partus incipiens	äußerer Muttermund und Collum für zwei Finger durchgängig, Collum noch lang	20 Minuten bis 8 *cm*
17*	19. III. 1907, Nr. 170	28	I	Partus incipiens	äußerer Muttermund fest geschlossen, mit sehr dünnen Rändern	15 Minuten bis 9 *cm*

Zwei Tage lang Metreuryse, die trotz elastischen Zuges wirkungslos bleibt. Nach Wegnahme des Hysteurynters ist das Collum für einen Finger durchgängig, kaum verkürzt und sehr derb. Versuch mit dem Bossischen Instrument und Erweiterung des Collums bis 9 *cm* in 55 Minuten. Künstlicher Blasensprung, Wendung und Extraktion des 2600 *g* schweren lebenden Kindes. Normales Wochenbett. Drei Monate nachher kam die Frau wegen Blasenbeschwerden in unser Ambulatorium. Es ließ sich eine winzige Blasenzervixfistel konstatieren, die in einer rechtsseitigen Muttermundsnarbe zu sehen war und die zweifellos von einer Endbranche des Dilatators herrührte.[1])

Fall 2. Plattrachitisches Becken zweiten Grades (Conj. vera $8^1/_4$ *cm*). Vierte Schwangerschaft. Einleitung der Frühgeburt in der 34. Schwangerschaftswoche. Hegar. Zweimaliges Einführen eines Hysteurynters, jedesmal durch 24 Stunden, welcher trotz elastischen Zuges schwache Wehen erzeugt. Nach Aufhören der Hysteuryse war bei verkürzter Zervix der Muttermund fünfkronenstückgroß mit dicken wulstigen Rändern. Darauf Einführung des Bossischen Instrumentes und Erweiterung des Muttermundes bis 6 *cm* in 45 Minuten. Da die Erweiterung wegen starker Spannung der Muttermundsränder nicht rätlich erschien, bilaterale Inzisionen und Extraktion des Kindes mit der Zange. Das 2200 *g* schwere Kind war tief asphyktisch (nicht wiederbelebt).

Diese zwei Fälle zeigen zur Genüge, wie große Vorsicht bei der Anwendung des Instrumentes notwendig ist, wenn man es mit rigidem Collum zu tun hat. Die erste Frau kam mit einer Fistel davon, die zweite konnte nach langem Kreißen nur durch tiefe Inzisionen entbunden werden.

Künstlicher Abortus wegen langdauernder decidualer Blutungen.

Die Frau, eine Mehrgeschwängerte im fünften Monate, wurde direkt bei noch intakter Vaginalportion und geschlossenem Muttermunde mit dem Dilatator behandelt. Nach einer

[1]) In der Gynaekologischen Rundschau, 1907, 20. Heft, erwähnt Bossi den Vorschlag Chrobaks, die Endbranchenzylinder des Dilatators abzustumpfen und mit einer leichteren Krümmung zu versehen.

Nachträgliche Operation	Risse	Verlauf des Wochenbettes	Kind
Zange	—	normal, geheilt entlassen	2900 g schwer, asphyktisch, wiederbelebt.
Kraniotomie	Sektion: Keine Risse	die Frau, die sterbend in die Anstalt gebracht wurde, erlag eine Stunde nach der Operation	3600 g schwer, tot.
Forzepsversuch. Die Extraktion ist nicht möglich, wegen Rigidität des Collums. Kraniotomie	—	normal, geheilt entlassen	2300 g schwer, tot.
Zange schwer wegen der Länge des Collums	—	normal, geheilt entlassen	3650 g schwer, lebend.
Gemini. Zange des ersten Kindes. Wendung und Extraktion des zweiten	Sektion: Keine Risse	die Frau starb vier Stunden nach der Operation	I. 2700 g schwer, II. 2800 g schwer, beide tot.

mehr als eine Stunde lang fortgesetzten Anwendung des Instrumentes war das Collum erst für $3\frac{1}{2}$ *cm* erweitert und gar nicht verkürzt. Die darauf vorgenommene Hysteuryse war diesmal erfolgreich, so daß die baldige spontane Ausstoßung des Eies erfolgte.

Zuletzt noch zwei wegen seltener Indikation operierte Fälle:

Chorea gravidarum: Mehrgeschwängerte im siebenten Monate, moribund mit vollständig geschlossenem Muttermunde und noch erhaltener Vaginalportion aufgenommen. Anlegung des Bossischen Instrumentes und Erweiterung des Collum bis 7 *cm* in 30 Minuten. Dann Zange. Die Frau starb $1\frac{1}{2}$ Stunden nach der Operation. Sektion: Endocarditis verrucosa, Hyperämie und Ekchymosen am Gehirn und Herzen. Risse links und rechts bis zu den Parametrien, nicht penetrierend, nicht linear, sondern unregelmäßig und suffundiert.

Akute gelbe Leberatrophie. Mehrgeschwängerte im siebenten Monate, in komatösem Zustand in die Anstalt gebracht. Der äußere Muttermund für einen Finger durchgängig, das Collum sehr lang. Bossi bis 8 *cm* in 30 Minuten, dann Zange. Die Frau starb 12 Stunden nach der Operation. Sektion: Gewöhnlicher Befund der akuten gelben Leberatrophie und oberflächlicher, 4 *cm* langer, gegen das linke Parametrium gerichteter Riß.

Aus diesen neun, wegen der verschiedensten Indikationen vorgenommenen mechanischen Erweiterungen können leicht dieselben Schlüsse wie aus den Eklampsiefällen gezogen werden. Die Erweiterung bei stark verkürztem Collum (zwei Fälle von Tympania uteri und ein Fall von Placenta praevia) hatte glänzenden Erfolg; die Erweiterung hingegen bei intaktem und rigidem Collum hatte trotz vorsichtiger Anwendung des Instrumentes Risse oder manche Mißerfolge zu verzeichnen.

Deshalb können wir jenen nicht beistimmen, die diese Methode für alle Fälle, die eine sofortige Entbindung fordern, anzuwenden empfehlen. Unsere Fälle zeigen deutlich, daß die durch das Instrument erzeugten Wehen zu gering sind, um in kurzer Zeit eine hinreichende Verkürzung des Collums zu bewirken. Durch die forcierte Erweiterung kann es sogar geschehen, daß der Muttermund nach Erreichung

einer gewissen Weite (Fall von dezidualen Blutungen in der Schwangerschaft und Fälle, wo die Erweiterung bis 6 oder $6^1/_2$ vorgenommen worden ist) sich nicht weiter ausdehnen läßt und eher zerreißt. Diese Mißerfolge dürfen nicht dem Instrumente allein zugeschrieben werden, sondern auch der Methode, die nach unseren Erfahrungen sich nicht verallgemeinern läßt.

Was die Technik unserer Operationen betrifft, muß folgendes erwähnt werden: Alle Frauen wurden, mit Ausnahme der akuten gelben Leberatrophie, die in komatösem Zustand sich befand, in Narkose operiert. In den ersten Fällen wurde der Dilatator nach Anhaken der Portio und unter Zuhilfenahme von Spekula eingeführt; später ohne Anhaken der Portio und Spekula. Wenn eine genügende Erweiterung (4 *cm*) erreicht war, zog man das Instrument zurück, um die Endzylinderchen ansetzen zu können. Die weitere Dilatation wurde sehr langsam fortgeführt und dabei immer die Spannung der Muttermundsränder mit dem Finger kontrolliert.

Wenn wir die aus unseren Beobachtungen resultierenden Eindrücke zusammenfassen, glauben wir uns zu folgenden Schlußfolgerungen berechtigt:

1. Die mechanische Erweiterung nach Bossi darf nur mit Vorsicht und ja nicht von Unerfahrenen ausgeführt werden.

2. Die Anwendung der Methode ist bei verstrichenem oder fast verstrichenem Collum (Primiparae, Ende der Schwangerschaft) zu empfehlen; bei intaktem oder rigidem Collum zu widerraten.

3. Die mechanische Erweiterung mit dem Dilatator kann auch in jenen Fällen erfolgreich sein, wo die Metreuryse stundenlang keine Wehen hervorgerufen hatte; andrerseits ist man nicht immer imstande, damit andere Eingriffe (Inzisionen nach Dührssen) zu umgehen.

4. Die Risse ereignen sich nicht so sehr wegen der Bauart des Bossischen Instruments, als vielmehr als Folge übermäßiger Anforderungen, die der Methode gestellt werden, sei es daß man zu schnell operiert oder die Dehnungsfähigkeit der Teile überschätzt.

5. Eine streng kritische Auswahl der Fälle ist unbedingt erforderlich, um nicht eine unnütze Polypragmasie oder traurige Mißerfolge zu verschulden.

Geschichte der Gynaekologie.

Eine Geburt von dreizehn Kindern.

Mitgeteilt von Reg.-Rat Prof. Dr. **Alois Valenta** Edler von **Marchthurn** in Laibach.

Dieser in der fachlichen Literatur einzig dastehende Geburtsfall soll wahr sein — unglaublich! — Sei dem so oder so, derselbe ist im Maihefte des im Jahre 1811 in Rom erschienenen „Moniteur", also in einem glaubwürdigen Journale veröffentlicht, verdient daher immerhin der Vergessenheit entrissen zu werden.

Zufällig fand der Schriftsteller Peter von Radics in der hiesigen k. k. Studienbibliothek zwei Quartblätter einer deutschen Übersetzung des römischen „Moniteur" mit dieser interessanten Geburtsskizze. Er stellte mir dieselbe zur Verfügung, wofür

ich ihm bestens danke, anmit diesen seltenen geburtshilflich-literarischen Beitrag in seiner Originalfassung zur Mitteilung bringend.

* * *

Beschreibung

einer außerordentlich seltsamen und in der Geschichte der Menschen ohne Beyspiel in Rom im Monat May 1811 binnen einer Stunde mit

dreyzehen Kinder
vor sich gegangenen
glücklichen Entbindung.
1811.

Alle Vorfälle, welche den allgemeinen gewöhnlichen Lauf der Natur übersteigen, werden bewundert und verdienen durch eine besondere Beschreibung in der Geschichte der Menschen als Denkmal ganz besonderer Naturseltenheiten und merkwürdiger, wunderbarer Ereignisse, angezeiget und aufbewahret zu werden, so finden wir dergleichen Beschreibungen von außerordentlichen und unerhörten Vorfällen in verschiedenen Büchern in der Menge aufgezeichnet. Man liest sie gerne und sammelt sie nach und nach für die Nachkommenschaft als kleine Handchronik von merkwürdigen Zufällen mit besonderem Fleiß zusammen.

Man erinnert sich wohl, daß es Frauen gegeben habe, welche mit Zwillingen, Drillingen, vier, fünf und auch sechs Kindern in einem Tag und zu einer Stunde glücklich entbunden wurden und man bezeigte über dergleichen Entbindungen ein großes Erstaunen. Welche außerordentliche Verwunderung muß nicht erst folgende in Rom im Monat May glücklich vor sich gegangene Entbindung, welche eine Frau binnen einer Stunde mit dreyzehn Kinder hatte, unter den Menschen hervorbringen, dessen wirkliche Ereigniß der Moniteur in Rom vom 9 May bestättiget und in Kürze buchstäblich folgendermassen erzählet:

Rom von 9 May

Der hiesige Moniteur enthält folgendes:

Einer unserer Geburtshelfer wurde vor einigen Tagen zu einer schweren Geburt gerufen, wobey die gewöhnlichen Einsichten der Hebamme nicht hinreichten. Nach einer Stunde fieng die Frau an zu gebähren, und binnen einer Stunde kamen dreyzehn Kinder, sechs Knaben und sieben Mädchen, sämmtlich lebendig, zur Welt. Alle Umstände waren übrigens die nämlichen wie bey einer gewöhnlichen Geburt und die Kinder waren sämmtlich ausgetragen auch wohlgestaltet, aber alle nach einem sehr verjüngten Maßstab.

Dieser Vorfall, in der Geschichte der Menschheit ohne Beyspiel, wird zwar von vielen bezweifelt werden, allein er ist derowegen nicht weniger buchstäblich wahr. Der Geburtshelfer, der das Glück hatte, diese dreyzehn außerordentlich kleinen Wesen auf die Welt zu befördern, die jedoch alle die heilige Taufe erhielten, aber gleich darauf starben, wird dieselben im Weingeiste aufbewahren.

2 Blätter Quart
k. k. Studienbibliothek in Laibach.
Signatur: 22751. V. 3. d. 2 $\frac{F}{a}$

Hebammenwesen und Sozialhygiene.

Unstimmigkeiten im Hebammenlehrbuch.

Referat von Dr. **Feige,** königl. Kreisarzt, Marienburg, W.-Pr., nebst Diskussionsbemerkungen von Dr. **Köstlin,** Direktor der Provinzial-Hebammen-Lehranstalt Danzig.

(Fortsetzung und Schluß.)

II. Diskussion Köstlin.

Meine Herren! Ich bin dem Herrn Referenten zu großem Danke verpflichtet, daß er mir sein Referat zur Einsichtnahme überlassen hatte, da es mir auf diese Weise möglich war, auch selber einiges Material herbeizuschaffen und zu sichten.

Tot capita tot sensus kann man auch sagen, wenn ein neues Hebammenlehrbuch für ganz Preußen geschaffen werden soll, zumal da vieles darin nur durch Kompromiß der Kommissionsmitglieder zustande kommen mußte. Es wird stets der eine dies, der andere jenes daran auszusetzen haben; auch ich hätte mir manches anders gewünscht, so z. B. das wichtigste Kapitel für die Hebammen, die Desinfektion und die Verhütung von Infektionen. Daß die Sublimatdesinfektion schlecht vertragen wird, kann ich nach den Erfahrungen in der Anstalt nicht zugeben, trotzdem die Schülerinnen sich hier in 8 Monaten mehr desinfizieren müssen als später in Jahren. Allerdings halte ich darauf, daß die Schülerinnen sich ihre Hände stets gut abtrocknen — feuchte Hände werden viel leichter rissig — und daß sie sich möglichst jedesmal nach erfolgter Desinfektion und Abtrocknen die Hände mit Alkohol und Glyzerin zu gleichen Teilen, wie ich es schon vor 11 Jahren von der Hallenser Frauenklinik übernommen hatte, einreiben.

Aber die Desinfektionsvorschriften selber erscheinen mir teilweise direkt fehlerhaft: In § 113 werden 2 Schalen von je 1 Liter Wasser gefordert, die eine zum Sublimat und die andere zur Seifenwaschung. Zu letzterem Zweck ist 1 Liter gänzlich unzureichend. Man kann jederzeit sehen, wie 1 Liter Wasser beim Bürsten der Hände mit Seife sich schon in der ersten Minute schwärzt, und in diesem Schmutzwasser soll sich nun die Hebamme noch weitere 4 Minuten die Hände säubern? Es muß entweder gefordert werden eine volle Schüssel, mehrere Liter fassend, oder ein Wechsel des Wassers. Ferner soll die Hebamme nach der Seifenwaschung den Nagelreiniger benutzen; ich würde es für zweckmäßig halten, wenn der Nagelreiniger zwischen die Seifenwaschung hinein benutzt wird. Vor allem muß aber ebenso wie für die Bürsten bestimmt werden, daß der Nagelreiniger vor der Waschung zurecht, d. h. ins Wasser gelegt wird, damit ihn nicht die Hebamme nach der Seifenwaschung aus ihrer Tasche oder vom schmutzigen Tisch aufnimmt. Daß die Hand nach der Seifenwaschung abgetrocknet wird, sollte nur in Anstalten mit sterilen Handtüchern zulässig sein, in der Praxis der Hebammen ist es ein grober Verstoß gegen die einfachsten Regeln der Antisepsis. Denn da gibt es keine sterilen Handtücher. Nun soll das Abtrocknen der Hände wohl den Zweck haben, die Seife vor der Sublimatdesinfektion zu beseitigen: doch das geschieht bei der verschärften Desinfektion ja durch den Alkohol. Der Alkohol wird dadurch nicht unwirksam; ich erinnere an den Gebrauch des Seifenspiritus. Statt der einfachen Desinfektion, welche nur in Schwangerschaft und Wochenbett angewandt werden darf, würde ich auch hier eine verschärfte Desinfektion, wodurch die Hände nicht wesentlich mehr angegriffen werden, für empfehlenswerter halten als ein Durchbrechen der einfachsten Grundsätze der Antisepsis.

Vom Gebrauch der Gummihandschuhe ist an 4 Stellen die Rede, nie aber davon, daß sie nur über die desinfizierten Hände gezogen werden dürfen. Wenn der Herr Referent sagt, daß der Gummihandschuh so schlecht hält und schon, ehe die Hebamme ihn braucht, defekt ist, so wundert mich dies nicht. Gummi ist eben kein haltbarer Stoff, und wenn die Hebamme den Handschuh womöglich jahrelang unbenützt in der Tasche hat, so wird eben auch der beste unbrauchbar, ohne je seinen Zweck erfüllt zu haben.

§ 148 soll bei der inneren Untersuchung der Zeigefinger in die Scheide eingeführt werden, während die anderen Finger in die Hand geschlagen und an den Damm gelegt werden. Dazu heißt es § 152: „Ist die Schamspalte aber sehr weit, wie bei Vielgebärenden, und vermag die Hebamme die inneren Teile nicht zu erkennen, so kann sie den Mittelfinger (der nach § 148 am Damm lag) vorsichtig in die Scheide mit hineinschieben.“ Zum mindesten ist die Fassung dieses Satzes unverständlich, denn die Hebamme darf doch den Finger nicht nachschieben, sondern muß sich von neuem desinfizieren.

Auf das sterile Einführen des elastischen Katheters hat der Herr Referent schon hingewiesen. Wird hierbei nach der Vorschrift des Lehrbuches verfahren, d. h. der Katheter am unteren Drittel mit 2 Fingern angefaßt, so streift er totsicher an Unterlagen, Oberschenkeln u. dgl. an; der Katheter muß in der desinfizierten Hand eingerollt eingeführt werden.

Das § 212 geforderte Fühlen nach Nabelschnurumschlingung halte ich nicht nur für überflüssig, sondern für gefährlich; überflüssig, da es bei lockerer Schlinge zwecklos, bei straffer Umschlingung unmöglich ist, und gefährlich, da der Finger den Scheideneingang leicht infiziert.

Nach § 193 muß die Hebammentasche stets gerüstet bereit liegen. Wie ist dies aber möglich, wenn die Hebamme Wochenbettbesuche damit macht? Es muß gefordert werden, wie es ja auch erwogen war und wie so vieles andere wohl an der Geldfrage scheitert, daß jede Hebamme neben der Geburtstasche noch eine viel kleinere und einfachere Wochenbettstasche besitzt.

Wenn in § 472 nur gefordert wird, daß die Geschlechtsteile bei Beginn der Geburt abgeseift werden, so ist das bei jeder Geburt, welche auch nur einige Stunden dauert, gänzlich unzureichend. Dies muß öfters geschehen.

In § 474 ist bei Erkrankung an ansteckenden Krankheiten im Wohnhaus der Hebamme oder in einem Hause, in welchem sie dienstlich zu tun hat, nicht nur die Berührung mit solchen Kranken, sondern doch auch mit deren Angehörigen zu vermeiden. Außerdem muß dasselbe doch auch bei außerdienstlichen, z. B. freundschaftlichen Besuchen der Hebamme vorgeschrieben werden.

Was die Ausführung des Herrn Referenten über das Tagebuch anlangt, so wird sowohl in der Anweisung des neuen Lehrbuches als im Tagebuch selber jetzt in Spalte 4c gefragt: „Länge des Kindes in Zentimetern?“ Dagegen möchte ich darauf hinweisen, daß das Tagebuch an 2 Stellen der Verbesserung bedarf. Es werden nämlich Zwillingsgeburten als zwei Geburten mit 2 laufenden Nummern (Nr. 2 und 3 in den „Beispielen für die Ausfüllung“) aufgeführt, vielleicht weil unter einer Nummer nicht genügend Platz ist. Dann dürfte man sie aber nur in zwei Reihen mit einer laufenden Nummer bringen, denn es handelt sich um eine Schwangerschaft einer Mutter mit einem Wehenbeginn, einer Nachgeburtszeit und einem Wochenbett und einer standesamtlichen Meldung. Ferner müßte in Spalte 2c nicht bloß die Stunde

sondern auch der Tag des Eintreffens der Hebamme angegeben werden, denn vielfach ist es nicht derselbe Tag wie der der Geburt.

Noch einige Worte zur Meldepflicht der Hebammen seien mir gestattet, obgleich dies streng genommen nicht hierher gehört. Nach § 481 des Lehrbuches heißt es: „Bei jedem Fieber im Wochenbett von mehr als 38° hat sie dem Kreisarzt ungesäumt Anzeige zu erstatten und bis zum Eintreffen einer mündlichen oder schriftlichen Belehrung des Kreisarztes (soll wohl heißen: durch den Kreisarzt?) sich jeder Tätigkeit als Hebamme bei einer anderen Person zu enthalten." Meine Herren! Man kann ruhig sagen, daß in der Praxis jede 4. Wöchnerin mindestens 1 Tag fiebert, ohne daß es etwas Ernstes auf sich hat. Eine gewissenhafte Hebamme müßte daher mindestens bei jeder 4. Geburt einige Tage pausieren. Denn wenn sie auch Anzeige erstatten und Belehrung holen soll, so sind damit soviel Laufereien oder Schreibereien verbunden, daß, selbst wenn dann der Kreisarzt ihr erlaubt, weiter zu entbinden, in zahlreichen Fällen einige Tage unnötig pausiert ist. Die gewissenhafte Hebamme hat hierunter schwer zu leiden, während die gewissenlose, der niemand ein Vergehen nachweisen kann, frei ausgeht. Nach der Ausgabe 1904 des Lehrbuches hatte der Arzt zu entscheiden, ob Kindbettfieber vorliegt und Anzeige erstattet werden muß. Diese Bestimmung hat, wie Sie interessieren wird und wie **Runge** bei der diesjährigen Versammlung der „Vereinigung zur Förderung des deutschen Hebammenwesens" in Dresden mitteilte, Schiffbruch erlitten, indem die Ärzte in der Anzeigepflicht versagten und die Meldungen von Erkrankungen an Puerperalfieber stark abnahmen, ja stellenweise nur Meldungen von Todesfällen, nicht von Erkrankungen einliefen. Daher mit der neuen Ausgabe des Lehrbuches die neue Bestimmung, welche meines Erachtens ebenfalls verfehlt ist.

Daß an dem neuen Lehrbuch schon nach einem Jahre Abänderungen nötig wurden, ist ja bedauerlich, doch war es z. B. wegen der veränderten Meldepflicht erforderlich. Daß hierbei für die Änderungen Einlagebögen gewählt wurden, halte ich insofern für sehr zweckmäßig, als auf diese Weise es den Hebammen erleichtert wurde, sofort zu erkennen, wo eine Änderung eingetreten ist. Hätten sie die **Neuauflage** des Lehrbuches erhalten, so hätten sie das ganze Lehrbuch auf etwaige Änderungen durchstudieren müssen. Nur wäre es auch nötig gewesen, daß die Hebammen die nunmehr ungültigen Stellen ihres Lehrbuches durchstreichen, was nur in den seltensten Fällen geschehen ist. Ja, bei den diesjährigen Wiederholungskursen waren überhaupt noch nicht im Besitz von Beiblättern 3 Hebammen, und eine hatte sie erst 14 Tage vorher erhalten.

Der Herr Referent sagt ferner, daß das Lehrbuch vielfach einen zu hohen Ton für die jetzigen Hebammen anschlage und mehrfach Punkte zu ausführlich behandle, welche unwesentlich oder für die Ausübung ihres Berufes gefährlich seien. Für die alten Hebammen muß ich ihm vollkommen Recht geben und auch großenteils für das jetzige Schülermaterial. Als das Lehrbuch verfaßt wurde, bestand aber die Hoffnung, daß bald eine Reform des ganzen Hebammenwesens erfolgen werde, und von diesem Gesichtspunkte aus ist auch das Lehrbuch, wie der Vorbericht zur Ausgabe 1904 besagt, abgefaßt: „In der Abfassung des Lehrbuches sollte die Absicht der kgl. Staatsregierung, allmählich besser vorgebildete Elemente dem Hebammenstande zuzuführen, ohne daß eine Erweiterung der Befugnisse stattfinden dürfte, berücksichtigt werden." Auch in dem Erlaß des Kultusministeriums vom 15. November 1904 wird darauf hingewiesen, daß das neue Hebammenlehrbuch an die geistige Fähigkeit der Schülerinnen Anforderungen stellt, welche eine besonders sorgfältige Auswahl der Anwärterinnen unerläßlich erscheinen lassen. Leider ist hier, wie **Brennecke** in Dresden in diesem

Jahre mit Recht sich ausdrückte, „mit dem neuen Hebammenlehrbuch die Reform von hinten angefangen, das Pferd wird von hinten aufgezäumt". Erst muß durch die Reform die Lage des Standes gebessert werden, dann werden sich bessere Elemente melden, für welche das Hebammenlehrbuch geeignet ist. Zurzeit ist das Schülerinnenmaterial meines Erachtens größtenteils ungeeignet zum Hebammenberuf. Trotzdem unterm 26. Mai 1902 der Oberpräsident nach Anhören eines Gutachtens seitens des Med.-Kollegs die Regierungspräsidenten ersuchte, die Kreisärzte anzuweisen, bei der Auswahl der Schülerinnen mit größter Strenge vorzugehen, trotzdem ferner im Jahre 1904 der obenerwähnte Erlaß des Kultusministers forderte, daß die Schülerinnen fließend und mit Verständnis lesen, ein Diktat ohne grobe Verstöße gegen die Rechtschreibung fertigen, die vier Rechenarten auch mit Brüchen und mehrstelligen Zahlen beherrschen, mit den gesetzlichen Maßen und Gewichten vertraut und über das Prozentverhältnis ausreichend unterrichtet sind, Forderungen, welche er als Mindestforderungen an die geistige Befähigung bezeichnet, bei deren Mangel die Frauen rücksichtslos als ungeeignet zurückzuweisen seien, trotzdem hat sich das Schülerinnenmaterial nicht gebessert und es konnte sich auch nicht bessern. Denn Frauen, welche sich diesem verantwortungsvollen und schlecht bezahlten Berufe widmen, rekrutieren sich naturgemäß aus den ärmsten Kreisen. Werden diese abgewiesen, so finden sich überhaupt keine Frauen und der Hebammenmangel wird noch größer. Das Schülerinnenmaterial ist auch in anderer Beziehung miserabel. Größtenteils melden sich Frauen von kranken Ehemännern, Trunkenbolden, Arbeitsscheuen und geschiedene Frauen.

Ich habe in den letzten 7 Jahren die Schülerinnen zu meiner Orientierung einer Aufnahmsprüfung unterzogen, im laufenden Jahre zu meiner eigenen Kontrolle mit gütiger Unterstützung einer Lehrerin. Nach der Zusammenstellung der letzten 3 Jahre ist reichlich die Hälfte der mir zugesandten Schülerinnen derartig schwach, daß sie dem Unterricht nicht genügend folgen können. Da nun die Kreisärzte, wie sich bisher gezeigt hat und wie sie mir wiederholt sagten, außerstande sind, uns besseres Schülerinnenmaterial zu schicken, so ist meines Erachtens der einzige Weg, um die Provinz mit genügend viel Hebammen, und zwar mit gut durchgebildeten zu versorgen, der, daß die Schülerinnen ihre Schulkenntnisse während des Kurses unter einer geprüften Lehrerin auffrischen. Auf meinen Antrag hat der Landeshauptmann in diesem Jahre zu meiner großen Freude genehmigt, daß die Schülerinnen während der ersten 6 Monate des Kurses in wöchentlich 4 Stunden von einer erfahrenen Lehrerin in den Elementarfächern unterrichtet werden. Selbstverständlich ist dies nur ein trauriger Notbehelf, und es bleibt weiterhin dringend erforderlich, daß die Schülerinnen vom Beginne an dem geburtshilflichen Unterricht folgen können und daher schon im Besitz von genügenden Schulkenntnissen in die Anstalt kommen. Ich bitte Sie daher, auch weiterhin mit möglichster Strenge bei der Auswahl vorzugehen.

Wenn der Herr Referent will, daß die Krankheitslehre, Tuberkulose, Lungenentzündung etc., Frauenkrankheiten, Abhandlung über Kultur der Bazillen in Wegfall kommen, so kann ich ihm hier nicht beistimmen. Warum soll man die Frauen über das im Unklaren lassen, was jetzt jeder einigermaßen gebildete Mensch, was jede Krankenpflegerin kennen muß. Wenn sie auch bei jeder Regelwidrigkeit den Arzt verlangen soll — und das muß auch nach Reform des Hebammenwesens bleiben, das spricht auch der Vorbericht zum Lehrbuch aus —, so darf sie doch nicht absichtlich so blind in der Welt herumgeführt werden, daß sie nichts von den gangbarsten Regelwidrigkeiten kennt. Sonst kommt es darauf hinaus, daß die Frauen blöde gedrillt werden, während wir wollen, daß sie mit Verständnis lernen. Gerade die Kultur der

Bazillen muß im Lehrbuch abgehandelt werden, da dies auch praktisch geübt wird. Wie können die Schülerinnen besser Desinfektion lernen, als wenn man sie ungewaschene, gewaschene und schlecht und gut desinfizierte Finger z. B. in Agar-Nährböden tauchen läßt und ihnen dann zeigt, was gewachsen ist und wie die Desinfektion nötig ist.

Zum Schluß komme ich noch zu den Wiederholungskursen. Nach dem gehörten Referat wird gewünscht, daß alle Hebammen die Wiederholungskurse durchmachen, und es wird darauf hingewiesen, daß ein Schreiben des Landeshauptmannes an die Landräte dies erschwere und sich in gewissen Widerspruch mit der kreisärztlichen Dienstanweisung setze. Meine Herren! Ich kann hierin keinen Widerspruch sehen: In Westpreußen sind rund 900 Hebammen, ich nehme an, daß von diesen sicherlich 600 der Auffrischung bedürfen. Wie soll das aber in einigen Jahren in Wiederholungskursen möglich sein? Im Jahre 1897 wurden freiwillig die Wiederholungskurse von der Provinzverwaltung eingeführt, es fanden bis 1901 jährlich 2 14tägige, dann bis 1903 3 14tägige, 1904 sogar 4 14tägige Wiederholungskurse statt. Da von 14 Tagen 2 Sonntage in Wegfall kommen und Tag der Ankunft und Abreise nicht voll zählen, so blieben nur 11 Tage, eine meines Erachtens viel zu kurze Zeit. Es sind daher seit 1905 jährlich 3 dreiwöchige Wiederholungskurse eingerichtet worden. Wenn nun an jedem Kurs 25—30 Hebammen teilnehmen — sind es mehr, so kann man sich mit der einzelnen nicht genügend beschäftigen —, so ergibt sich pro Jahr 75—90 Hebammen: also erst in 10—12 Jahren könnten alle Hebammen an die Reihe kommen. Und nähme man selbst jedes Jahr 200 Hebammen, so würde es immer Jahre dauern, bis auch nur die Hebammen mit schlechten Kenntnissen alle an die Reihe kommen. Deshalb hatte ich schon im Jahre 1902 aus Not vorgeschlagen, daß ein Teil der Hebammen, welche bei der Nachprüfung schlecht bestehen, eine Frist von 1 Jahr zum Durcharbeiten des Lehrbuches erhalten. Ich hatte mich hierbei zugleich auf die guten Erfolge bezogen, welche der Direktor der Magdeburger Anstalt hiermit beobachtet hatte. Er schreibt in der Festschrift zur Feier der Eröffnung der neuen Anstalt 1899: „In unserem Regierungsbezirk wird der Direktor der Hebammenlehranstalt noch zur Prüfung derjenigen Frauen zugezogen, welche die Prüfung vor dem Kreisphysikus nicht bestanden hatten und nach Verlauf eines Jahres dieselbe noch einmal ablegen müssen. Ich habe in diesem Falle die Erfahrung gemacht, daß die meisten zu solcher Nachprüfung bestellten Frauen das Jahr sehr gut ausgenutzt hatten, um ihre Kenntnisse wieder aufzufrischen. Bestehen die Frauen auch diese Prüfung nicht, so werden sie zu einem 4wöchentlichen Nachkursus in der Anstalt einberufen. Die meisten ziehen es in diesem Falle vor, ihre Beschäftigung aufzugeben.“ Aus der Notlage heraus hat nun der Herr Landeshauptmann an die Landräte geschrieben, daß in geeigneten Fällen Hebammen aufgefordert werden sollen, sich selbständig vorzubereiten, damit sie nach 1 Jahr die Nachprüfung bestehen. Bei den jetzigen beschränkten Anstaltsräumen ist gar nicht daran zu denken, die Zahl der Wiederholungskurse zu vermehren, und selbst wenn in einer neuen Anstalt mehr Kurse abgehalten werden können, so werden sie nie ausreichen, um alle Hebammen, ja nicht einmal die bedürftigen in wenigen Jahren fortzubilden. Es müssen also immer bei einem Teil der schwächeren Hebammen ein bis mehrere Jahre vergehen, und damit diese nicht unausgenützt bleiben, wird geraten, daß ihnen das Durcharbeiten des Lehrbuches aufgetragen wird. Auch in der kreisärztlichen Dienstanweisung (§ 61) ist ja in Erkenntnis dessen nur davon die Rede, daß möglichst die Festigung der ungenügenden Kenntnisse durch Teilnahme an einem Wiederholungskurs aufzugeben ist, während bei den übrigen vierteljährliche Nachprüfungen bis zur Erfüllung der gestellten Anforderungen stattfinden sollen. Zugleich möchte ich zu bedenken

geben, daß in Westpreußen 25 Kreise sind; wenn nun von jedem Kreis nur 3—4 Hebammen eingeschickt werden, so macht dies schon 75—100 Hebammen aus, gerade soviel wie im Notfall in der Anstalt in einem Jahre fortgebildet werden können. Aber wir haben noch mit einer anderen großen Schwierigkeit zu rechnen: Seit dem Jahre 1900 sind 563 Hebammen einberufen, davon aber nur 385 = 68% erschienen. Der Prozentsatz schwankt in den verschiedenen Jahren zwischen 72 und 54·7%. Da wir nie von vornherein wissen, wieviel Hebammen eintreffen werden, so ist es schon vorgekommen, daß soviel abschrieben oder ausblieben, daß ein Wiederholungskurs ausfiel. Ich wäre sehr dankbar, wenn die Kreisärzte bei den Hebammen, welche sie in Vorschlag bringen wollen, erreichen könnten, daß sie auch wirklich erscheinen. Unter den nichtigsten und unkontrollierbarsten Angaben, daß sie einige Entbindungen hätten, daß sie oder ihre Angehörigen krank seien, bleiben sie fern und dürfen dann trotzdem weiter praktizieren. Westpreußen steht nach den Mitteilungen, die mir zugingen, in bezug auf die Zahl der Wiederholungskurse und der dazu einberufenen Hebammen obenan. Es sind in Danzig 3 dreiwöchige Kurse mit zusammen 60 Hebammen etatsmäßig, in Wirklichkeit nahmen aber meist mehr Hebammen teil und noch mehr hätten teilnehmen können, wenn sie erschienen wären. Die Höchstziffer der Einberufenen betrug im Jahre 1905 93, wovon nur 66 erschienen.

Hoffentlich erhalten wir in diesem Winter die ersehnte Hebammenreform, welche die Hebammen genügend vor Armut und Sorge schützt. Dann werden wir ganz von selber ein besseres Schülerinnenmaterial erhalten, dann werden wir auch mehr Freude an unseren Hebammen erleben. Bei den jetzigen Verhältnissen sind die Forderungen, welche bezüglich Auswahl, Ausbildung, Aufsicht, Fortbildung und Entziehung des Prüfungszeugnisses gestellt werden, undurchführbar.

Bücherbesprechungen.

Kownatzki, Die Venen des weiblichen Beckens und ihre praktisch-operative Bedeutung. Mit 23 Tafeln und 2 Abbildungen im Text. J. F. Bergmann, Wiesbaden 1907.

Auf Veranlassung von Bumm unterzog sich Kownatzki der dankbaren Aufgabe, die Angaben Waldeyers und Farabeufs über die Venen des weiblichen Beckens einer gründlichen Nachprüfung zu unterziehen; es war dies von Vorteil nicht bloß für die Erkenntnis der Hämorrhagien bei gynaekologischen Operationen, sondern auch für das Moment der Weiterernährung zurückgelassener Organe oder Organteile, wie endlich für die Venenligatur beim Puerperalfieber Die Injektion mit Leimmasse erfolgte unter größter Vorsicht. An 9 Präparaten, welche auf ebenso vielen Tafeln in topographischen Bildern und schematischen Figuren wiedergegeben sind, erhob Kownatzki nebst vielen Details folgendes: Im weiblichen Becken lassen sich drei Gefäßzüge konstatieren. Der äußere, repräsentiert durch die Vena iliaca externa, hat zur Beckenvene nur geringe, durch Anastomosen vermittelte Beziehungen. Von größter Bedeutung ist der mittlere, als Vena iliaca media bezeichnete Zug, von Wichtigkeit auch der innere, als Vena iliaca interna bezeichnete Venenzug. Die Media ist eine von vorne kommende, mehr lateral gelegene, genitovesikale Sammelvene, die Interna kommt von hinten, liegt mehr medial und führt Blut aus dem Mastdarm, der hinteren Beckenwand und der Gesäßmuskulatur. Vena iliaca media und interna münden häufig gesondert voneinander in die Vena iliaca externa, öfter aber vereinigen sie sich vorher zu einem gemeinsamen Stamme, den Kownatzki als Vena hypogastrica bezeichnet.

Bei Würdigung der Anastomosen ist der Operateur gezwungen, wenn er eine Venenunterbindung wegen puerperaler Pyämie vornimmt, die großen Beckengefäße ausgiebig freizulegen, um alle Venenmündungen im Beginne der Vena iliaca communis überblicken zu können, was am besten bei transperitonealer Technik gelingt.

Es folgt die genaue Schilderung der Ligatur der Venae spermaticae, der Vena hypogastrica, der Vena iliaca communis. Eine für die Beckenorgane lebensgefährliche Stauung bei Verschluß der Hauptabflußwege besteht nicht, da auf dem Wege zahlreicher Nebenbahnen Blut aus der Vena iliaca media in die externa bzw. Vena cava fließt. Bei Ligierung der Vena iliaca communis besteht freilich für die untere Extremität eine gewisse Gefahr. Varizenbildung an der unteren Extremität folgt der Unterbindung einer Vena hypogastrica. Für die Hebosteotomie, die erweiterte abdominale Uterusexstirpation, die Sectio alta ergeben sich aus dem Studium der Beckenvenen einzelne neue Gesichtspunkte, welche die Durchsicht des vorliegenden Werkes indizieren.

Die bildliche Wiedergabe der anatomischen Präparate ist so vortrefflich, daß ein Blick auf die Tafeln das sofortige Verständnis der nicht unkomplizierten topographischen Beziehungen gewährt. Allen Operateuren und Klinikern sei das auf fleißiger Präparation basierende Werk wärmstens empfohlen. Frankl.

C. H. Stratz, Die Körperpflege der Frau. Physiologische und ästhetische Diätetik für das weibliche Geschlecht. Ferd. Enke, Stuttgart 1907.

Das vorliegende Werk überragt hoch die meisten der den Büchermarkt überschwemmenden, für den Laiengebrauch bestimmten Werke über Hygiene. Der bekannte Autor, als Frauenarzt und als Kenner der künstlerischen Anatomie des weiblichen Körpers gleich gut geschult, bietet in diesem Buche dem Arzte nichts Neues, wohl aber legt er ihm ein Werk vor, das derselbe mit gutem Gewissen seiner Patientin zur Lektüre empfehlen kann. Besonders glücklich war die Idee, den notwendigen Vorausschickungen über Anatomie und Physiologie des weiblichen Organismus und den Hauptstücken über Pflege der Haut, zweckmäßige Kleidung, Pflege der einzelnen Körperteile auch noch eingehende Besprechungen der Hygiene zur Zeit der Kindheit. der Schwangerschaft, der Geburt, des Wochenbettes und der Wechseljahre beizufügen. Die besonders gute Ausstattung des Buches und die gelungenen Figuren seien speziell gerühmt. Krause (Berlin).

G. Burckhard, Die Dührssensche Uterovaginaltamponade. Volkmanns Samml. klin. Vorträge, Leipzig 1907, Nr. 170, Breitkopf & Härtel.

Nach kritischer Sichtung der einschlägigen Literatur, die manche Ablehnung der Dührssenschen Tamponade bei atonischen Uterusblutungen enthält, legt Burckhard seinen Standpunkt auf Grund eines Materiales von 44 Fällen dar. Die Methode ist als vorzügliches, aber nicht als absolut unfehlbares Mittel zu bezeichnen. Wo sie versagt, hätten auch andere Methoden nicht zum Ziele geführt. Jedenfalls sind vorher Ergotininjektionen, Massage, heiße Scheiden- und Uterusausspülungen zu versuchen. Doch darf die Tamponade nicht zu spät gemacht werden, damit nicht zu viel Blut verloren geht. Die Technik ist einfach, die Infektionsgefahr relativ gering.

A. v. Valenta, X. Bericht über die Gebäranstalt und Abteilung für Frauenkrankheiten im Landesspitale zu Laibach.

Bei 301 Geburten fanden sich 31 verengte Becken. Von 49 fieberhaften Geburten waren 35 puerperal, 4 Todesfälle (1·3%), die jedoch nicht der Anstalt zur Last fallen. Von 696 gynaekologischen Kranken verließen 579 geheilt, 50 gebessert das Spital. Fast alle Operationen wurden unter Lumbalanästhesie mit Tropakokain vorgenommen. Es wurden 485 Operationen ausgeführt, darunter 68 Laparotomien ohne einen Todesfall. Zu den erzielten Resultaten ist dem Anstaltsleiter, der eben sein zehntes Amtsjahr abschließt, gewiß zu gratulieren. F.

Dr. H. Bollenhagen (Würzburg), Schwangerschaft und Tuberkulose. Würzburger Abhandlungen aus dem Gesamtgebiet der praktischen Medizin. Bd. VIII, H. 1.

Bollenhagens Material umfaßt 124 Fälle, und zwar 118 Fälle der deutschen Universitäts-Frauenklinik in Prag und 6 Fälle eigener Beobachtung. 70 Fälle waren leicht, 54 schwer. Vorzeitig unterbrochen wurde die Schwangerschaft im ganzen 51mal =

= 41·1%. Unter den leichten Fällen 18mal = 25·7%; unter den schweren Fällen 33mal = 61·1%.

Spontan erfolgte die Unterbrechung in 36 Fällen (4 Aborte, 32 Frügeburten) = 29%: davon wieder in leichten Fällen 1 Abort und 17 Frühgeburten = 25·7%; 3 Aborte und 15 Frühgeburten in schweren Fällen = 33·3%.

Unter seinen Fällen findet sich notiert Beginn der Erkrankung in der Schwangerschaft in 16 Fällen = 12·9%, Verschlimmerung in der Gravidität in 8 Fällen = 6·4%, Rezidiv in der Schwangerschaft einmal.

Von 116 in Betracht kommenden Wochenbetten (einige Frauen traten vor der Entbindung aus) verliefen normal 99, unter denen sich zwar vorwiegend leichte Fälle befinden, doch auch 32 schwere Fälle. In 17 Fällen trat eine ganz ausgesprochene Verschlechterung ein, darunter 8mal der Exitus. E. Herrmann (Wien).

Sammelreferate.

Aus der königl. Universitäts-Poliklinik für Frauenkrankheiten zu Berlin (Charité) (Direktor: Geheimrat Prof. Dr. Bumm).

Die Therapie des Uteruskarzinoms.

Sammelreferat über die 1907 erschienenen Arbeiten. Von Dr. **Haendly**, Volontär, Berlin.

1. Amann: **Ureterendeckung und Drainage bei ausgedehnter Beckenausräumung wegen Uteruskarzinom.** (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. LXI, H. 1.)
2. Bumm: **Klinische Erfahrungen über Beckenausräumung bei Uteruskarzinom.** (Charité-Annalen, XXXI. Jahrg.)
3. Doederlein und Kroenig: Handbuch der operativen Gynaekologie, Wiesbaden 1967.
4. Edel: **Zur Krebsfrage.** (Med. Woche, 1907, Nr. 26.)
5. Gellhorn: **Eine neue Behandlungsweise des nichtoperablen Uteruskarzinoms durch Azeton.** (Amer. med. Ass. Chicago, Nr. 17.)
6. Derselbe: **Eine neue Behandlungsweise des nichtoperablen Uteruskarzinoms durch Azeton.** (Münchener med. Wochenschr., Jahrg. 54, Nr. 51.)
7. Franz: **Operation von Uteruskarzinomrezidiven.** (Arch. f. Gyn., Bd. LXXX, H. 2.)
8. Heid: **Gebärmutterkrebs und Schwangerschaft.** (Inaug.-Diss. Straßburg 1907.)
9. Henkel: **Über die nach Entfernung des Uterus auftretenden Rezidive.** (Arch. f. Gyn., Bd. LXXIX, H. 1.)
10. Kuhn: **Beiträge zur Karzinombehandlung mit Pankreatin, Radium und Röntgenstrahlen.** (Zeitschr. f. klin. Med., Bd. LXI, H. 5—6.)
11. v. Leyden und Bergell: **Über Pathogenese und über den speziellen Abbau der Krebsgeschwülste.** (Deutsche med. Wochenschr., 1907, Nr. 23.)
12. Morton: **Trypsin zur Karzinombehandlung.** Übersetzt von Dr. Ekstein. (Prager med. Wochenschr., 32. Jahrg., Nr. 17/19.)
13. Sitzenfrey: **Zur Radikaloperation des weit fortgeschrittenen Uteruskarzinoms.** (Prager med. Wochenschr., 32. Jahrg., Nr. 38.)

Bei der Behandlung des Carcinoma uteri steht im Vordergrund des Interesses die operative Beseitigung der erkrankten Teile. Nur über die Wege der Operation sind die Ansichten der Autoren noch geteilt. Während Bumm, Kroenig, Doederlein u. a. m. nur abdominell operieren, wählt Henkel den vaginalen Weg in Fällen, bei denen klinisch die Drüsen und Parametrien als frei von Karzinom angesehen werden können. Auch Pfannenstiel steht der vaginalen Methode nicht ganz abweisend gegenüber; er bedient sich ihrer in allen Fällen von Carcinoma corporis, während er bei Zervixkarzinom stets den abdominalen Weg wählt. Schauta operiert überhaupt nur vaginal, und zwar mit Hilfe des von Schuchardt angegebenen „paravaginalen Hilfs-

schnittes", durch den das Operationsfeld in genügender Weise freigelegt werden könne und eine Verletzung der Ureteren sich verhältnismäßig gut vermeiden lasse. Die Anhänger der abdominalen Methode verhalten sich dem gegenüber völlig abweisend. Hadra hat auf Veranlassung von Bumm 10 Fälle mikroskopisch untersucht und hierunter einen Fall gefunden, bei dem die Parametrien klinisch nicht infiltriert erschienen, während sich histologisch schon Karzinommassen nachweisen ließen. In zwei Fällen fand er karzinomatös entartete Drüsen. Einer von diesen Fällen war nach Jahresfrist noch rezidivfrei. Auf Grund dieser Befunde spricht Hadra sich für die abdominelle Methode aus, bei der es möglich ist, Fehler und Mängel der Diagnosen wieder auszugleichen. Vor der Operation läßt es sich eben nicht in allen Fällen mit Sicherheit sagen, wie weit das Karzinom schon in die Umgebung übergegriffen hat. Doederlein, der auch nur abdominell operiert, gibt freilich zu, daß der vaginale Weg doch vielleicht noch einmal zu seinem Recht kommen könne, wenn sich nämlich herausstellen würde, daß die Exstirpation der Drüsen ganz ohne Einfluß auf die Rezidivfreiheit ist.

Eine ausführliche Darstellung der üblichen Operationsmethoden gibt Doederlein in dem zusammen mit Kroenig neu herausgegebenen „Handbuch der operativen Gynaekologie". Doederlein selbst operiert nach der von Wertheim angegebenen Methode, die er in einigen Punkten nach Bumm modifiziert. Die Operation gestaltet sich danach folgendermaßen: Eröffnung der Bauchhöhle in der Mittellinie vom Nabel abwärts bis zur Symphyse. Unterbindung der Spermatikalgefäße nach Bumm. Mit der Schere wird das Peritoneum zuerst auf der einen Seite nach vorn und unten bis in die Mitte der Excavatio vesico-uterina hin durchtrennt. Das Lig. rotundum empfiehlt Bumm zu unterbinden, da es blutende Gefäße enthält. Stumpf mit Schere oder Pinzette werden jetzt die großen Gefäße des Beckens frei präpariert. Es folgt nach Bumm zuerst das Auslösen der hypogastrischen Drüsen. Ist der Operateur bis zu dem Parametrium vorgedrungen, so wird die A. und V. uterina unterbunden. Jetzt wird der Ureter bis zur Blase hin freigemacht. Nachdem auf der anderen Seite die Operation bis zu dem gleichen Punkte vorgeschritten ist, präpariert man Blase und Rektum von dem Uterus und der Vagina ab. Zuletzt Durchtrennung der Ligamenta sacro-uterina. Die lang ausgezogene Scheide wird mit der von Wertheim angegebenen, fast rechtwinklig gebogenen Klammer abgeklemmt und unter der Klammer durchtrennt. Auf diese Weise ist es unmöglich, daß die Wundhöhle von der keimhaltigen Krebsmasse verunreinigt wird. Ein Nachteil der Klammer ist, daß sie besonders bei infiltrierten Parametrien nur angelegt werden kann, wenn vorher die Zervix freigemacht ist. Dann gelingt es aber nicht, die Parametrien in wünschenswerter Weise bis zur Beckenwand herauszupräparieren. Dies ist nur möglich, wenn sie im Zusammenhang mit dem Kollum bleiben. Diese Erfahrung veranlaßte Bumm, etwas anders vorzugehen. Bumm umschneidet vor der Eröffnung der Bauchhöhle die Scheide im unteren oder mittleren Drittel und vernäht die obere Manschette über einem auf das Karzinom gedrückten Tampon. Von oben werden dann die Parakolpien unterhalb der vaginalen Verschlußnaht vorn und hinten durchtrennt. Der Operateur kann nun unter starkem Anziehen des Uterus die Parametrien anspannen und bis zur Beckenwand exstirpieren, ohne ein Verschmieren von keimhaltigem Material befürchten zu müssen. Der weitere Verlauf der Operation gestaltet sich bei Doederlein so, daß das Peritoneum des Rektums mit der hinteren, das Peritoneum der Blase mit der vorderen Scheidenwand vereinigt wird. Sind keine großen Wundhöhlen entstanden, so wird jetzt beiderseits das Peritoneum linear vereinigt unter oberflächlichem Mitfassen des Bindegewebes, wobei

natürlich auf die großen Gefäße und den Ureter geachtet werden muß. Zum Schluß werden die mit Peritoneum umsäumten Vaginalwände vereinigt. Bumm vernäht fortlaufend mit Catgut das Peritoneum und schließt so den Peritonealraum sicher von der Wundhöhle ab, die nach der Scheide zu offen bleibt. Die Scheide wird locker tamponiert und ein kleiner Gazestreifen durch das offene Scheidenrohr in den Wundtrichter eingeführt.[1])

Kroenig und Menge legen besonderen Wert darauf, daß bei Vereinigung des Peritoneums mit der vorderen Scheidenwand die Blase oberflächlich mitgerafft wird: sie sind der Ansicht, daß die Blase auf diese Weise mehr Halt bekommt und eine postoperative Zystitis sich leichter vermeiden läßt.

Sind beim Auslösen der Parametrien und Drüsenpakete große Wundhöhlen entstanden, so empfiehlt Amann, ausgiebig zu drainieren. Die Gazestreifen leitet er aus einer Gegeninzision heraus, die er nach Ablösen des Rektums von der Vagina an der tiefsten Stelle mit dem Thermokauter brennt. Bumm vermeidet eine Tamponade bindegewebiger Räume. Er sah weniger Ureternekrosen, seitdem er nicht mehr drainierte, auch „verhindert die Tamponade ein rasches Verkleben der Wundflächen, die bei fehlender Infektion gewöhnlich eintritt, und führt zu langwierigen Eiterungen, die durch Infektion der Thromben leicht lebensgefährlich werden können“. Um Ureternekrose zu vermeiden, rät Doederlein, die Ureteren bei der Operation nicht in der ganzen Länge ihres Verlaufes freizupräparieren, sie vielmehr so weit als möglich auf der Unterlage liegen zu lassen; ferner die A. vesicalis superior und das Peritoneum „median vom Ureter“ zu schonen, da hier nach den Untersuchungen von Feitel die A. ureterica verläuft, die das untere Drittel des Ureters versorgt. Einen anderen Vorschlag zur Versorgung des Ureters macht Amann. Er legt den Ureter in eine Schlinge, die er durch Vernähung des Stumpfes der Uterina mit dem seitlichen Peritoneum bildet. Über den untersten Teil des Ureters wird eine Falte der Blase herübergeschlagen und vernäht; so liegt der Ureter in einer Schutzhülle, mit der er verklebt und von der aus er ernährt wird.

In den meisten zur Operation kommenden Fällen genügt zur Freilegung des Operationsgebietes der Medianschnitt. In einzelnen Fällen, bei weitem Übergreifen des Karzinoms auf Parametrien, Blase, Ureter, haben sich einzelne Operateure mehr Raum zu schaffen gesucht. Sie bedienen sich eines Querschnittes, der aber nicht wie der Pfannenstielsche nur die Haut und Faszie quer durchtrennt, sondern auch die quere Durchtrennung der Rekti fordert. Weiterhin lösen Amann und Mackenrodt das Peritoneum parietale eine Strecke weit von den Rekti ab und vernähen es mit dem Peritoneum des Douglas über den zurückgeschlagenen Därmen. Als Vorteil dieser Methode wird gerühmt, daß die Shockwirkung bei der Operation eine geringere sei, da die Därme vor Abkühlung und allen anderen Insulten geschützt bleiben, daß ferner nach Resektion der Blase oder Einpflanzung eines Ureters in die Blase bei defekt gewordener Naht der Urin nicht in die freie Bauchhöhle fließt; bei geeigneter Drainage läßt sich auch eine Urininfiltration vermeiden.

Den Vorteilen des Mackenrodt-Amannschen Verfahrens stehen aber auch gewichtige Nachteile gegenüber. Es wird die hintere Rektuswand seiner Deckung be-

---

[1]) Jetzt verfährt Bumm etwas anders. Er vereinigt das Blasenperitoneum mit der vorderen, das Peritoneum des Rektums mit der hinteren Scheidenwand, schließt dann das Peritoneum seitlich und tamponiert das Becken mit Vioformgaze, die er aus der Scheide herausleitet. Es bleibt also eine Kommunikation zwischen Scheide und Bauchhöhle bestehen, die sich erst sekundär schließt.

raubt, die Rekti selbst quer durchtrennt; ferner erfüllt sich die Erwartung, daß die Därme die Peritonealplatte in kurzer Zeit so dehnen, daß der Hohlraum im Becken wieder ausgefüllt wird, in vielen Fällen nicht. Es sind also bei eingetretener Infektion die Gefahren einer Eiterung in starrwandiger Höhle vorhanden. Endlich hindert der mangelhafte Druck auf den Blasenscheitel die genügende Urinentleerung und fördert so die postoperative Zystitis (Kroenig).

Als einen Vorteil seiner Methode hebt Mackenrodt hervor, daß es nicht zu einer allgemeinen Peritonitis kommen könne. Dies gibt Doederlein nicht zu. In mehreren Fällen wurde der Peritoneallappen bei Eiterung in der Wundhöhle nekrotisch, die Därme traten durch das Loch in die Eiterhöhle und die Kranken gingen doch an einer allgemeinen Peritonitis zugrunde. Kroenig suchte infolge dieser Erfahrungen den Peritoneallappen dadurch zu verstärken, daß er zur Abdeckung die tiefe Bauchfaszie verwandte, aber selbst so wird kein genügender Schutz geschaffen.

Trotz der Nachteile wendet Kroenig diese Operationsmethode bei sehr ausgedehnter Karzinominfiltration in der Umgebung des Uterus an. Die Technik ist folgende: Schnitt beginnend in der Höhe und 3 Querfinger breit median von der Spina iliaca superior anterior, führt in sanftem Bogen nach der Symphyse zu, biegt einen Querfinger breit oberhalb der Symphyse um und steigt auf der anderen Seite in gleicher Weise und zu gleicher Höhe an. Ebenso wie die Haut wird die oberflächliche Faszie gespalten; die Rekti werden nahe ihrem Ansatz an der Symphyse quer durchtrennt. Weiter folgt die Operation der Wertheimschen Methode. Sind die Ureteren freigelegt, so wird der Peritonealfaszienlappen an das Peritoneum des Douglas angenäht. Jetzt folgt die Auslösung der karzinomatösen Partien nach Wertheim. Nur der Schluß der Operation gestaltet sich durch die Art der Drainage anders. Die Hautränder der Wunde werden so vereinigt, daß jederseits an den seitlichen Schnittöffnungen ein 2 Querfinger breites Loch bleibt, durch das die Gazestreifen der Drainage geleitet werden. Ein Ende der Gazestreifen wird aus der Scheidenwunde herausgeführt.

Bumm bedient sich stets des Medianschnittes. Zur guten Übersicht und zum bequemen Operieren erachtet er ihn als völlig ausreichend. Die Gefahr des Bauchdeckenabszesses, zu dem es beim Verschmieren von Keimen in den Bauchdecken bei diesen Eingriffen leichter kommt als sonst, veranlaßt ihn, die Bauchwunde nicht größer zu machen als nötig. Die Schwierigkeit, bei schlechter Narkose, vollem Darm und übermäßiger Fettentwicklung im subserösen Bindegewebe des Lig. latum und des Beckens zu operieren, nimmt der große Querschnitt auch nicht. Die Bauchhöhle schließt Bumm gegen das Operationsgebiet durch Einlegen eines 3 *m* langen Gazestreifens ab, der sich dem Darm überall anlegt und eine Schutzwand gibt, die während der Dauer der Operation nicht mehr gewechselt zu werden braucht.

Wie weit man mit der Indikationsstellung für die Operabilität zuweilen gehen kann, zeigt ein Fall, den Sitzenfrey jüngst beschrieben hat. Es war ein Karzinom der hinteren Kollumwand, das sich entlang der Wandung eines Scheidendivertikels ausgebreitet hatte. Um alles Erkrankte zu entfernen, entschloß sich der Operateur, teils von unten, teils von oben außer dem ganzen Genitale auch noch einen Teil des Rektums, dessen vordere Wand in das Karzinom hineingezogen war, zu entfernen. Die Frau war $^3/_4$ Jahre nach der Operation noch rezidivfrei. Verfasser hebt hervor, daß bei großzügiger Operationsmethode sich noch Fälle retten lassen, die ohne Operation sicher verloren sind.

Daß man sich bei der bimanuellen Untersuchung oft über die Ausdehnung des Karzinoms täuscht, hebt Kroenig hervor. Er vertritt mit Doederlein, Wertheim,

v. Rosthorn u. a. den Standpunkt, auch in anscheinend inoperablen Fällen die Laparotomie zu machen. Nur so kann ein ganz klares Bild über die Operabilität gewonnen werden. Oft ist es auch möglich, wenigstens eine zeitweilige Hilfe zu bringen. So hat Kroenig in 2 Fällen von Urämie, bedingt durch Ureterenkompression, die Ureteren vor ihrem Eintritt in die Parametrien durchschnitten und in die Blase transplantiert. Mit W. R. Pryor hat Kroenig auch in einigen Fällen die A. hypogastricae und ovaricae unterbunden, um das Wachstum des Karzinoms und die Blutung zu beschränken.

In der Frage, wie man sich bei Karzinom in der Schwangerschaft zu verhalten hat, kommt Heid zu dem Ergebnis, daß man bei operablem Karzinom ohne Rücksicht auf das Kind so schnell als möglich radikal operieren soll. Bei inoperablem Karzinom soll man symptomatisch gegen die Blutung usw. angehen und den Endtermin der Gravidität abwarten. Auch die Geburt, die in vielen Fällen spontan verläuft, ist rein symptomatisch zu leiten.

Bei der Behandlung der Rezidive hat Franz die Erfahrung gemacht, daß sich auch anscheinend fest an der Beckenwand sitzende Tumoren noch ausschälen lassen. Doch sind die Erfolge keine guten. Er faßt die Operation nur als eine palliative auf. Henkel empfiehlt Scheidenrezidive mit dem Thermokauter zu exstirpieren. Vor allem rät er, die Frauen möglichst häufig zu untersuchen, um Rezidive, die oft sehr schnell wachsen, frühzeitig zu entdecken. Nur dann gibt ein neuer Eingriff einige Aussicht auf Erfolg.

Für die Behandlung des inoperablen Karzinoms des Uterus empfiehlt Henkel bei günstiger Lage die Oberfläche mit dem Glüheisen zu verschorfen. Dann erfolgt, bis sich der Schorf abgestoßen hat, nichts. Ist es geschehen, so wird nach gründlicher Untersuchung das Glüheisen noch einmal und in der Folge je nach Bedarf wieder angewendet. Kann man an das Karzinom nicht gut heran, so soll man unter Leitung des Fingers so viel wie möglich von dem Karzinom mit dem scharfen Löffel abkratzen, dann durch Tamponade die Blutung stillen und nun mit Formalin, Jod oder Chlorzink weiterbehandeln.

Eine neue Methode gibt Gellhorn an, mit der er sehr gute Erfolge erzielt hat. Er bedient sich des Azetons. Die Technik ist einfach. Die ulzerierte Karzinomfläche wird gründlich abgeschabt, die Blutung gestillt und 1—2 Eßlöffel Azeton durch ein Röhrenspekulum daraufgegossen. Die Flüssigkeit wirkt 15—30 Minuten. Dann wird leicht tamponiert. Der Tampon wird am folgenden Tage herausgenommen. Die Nachbehandlung besteht darin, daß im Anfang 3mal wöchentlich, später in längeren Zwischenräumen, im Röhrenspekulum Azeton auf das Karzinom gebracht wird. Alle 1—2 Monate kann man wieder auskratzen. Man macht dann die Erfahrung, daß das Karzinom weniger ulzeriert ist. Der Erfolg der Behandlung ist, daß in kurzer Zeit der Ausfluß und die Blutung aufhören und der Fötor verschwindet. Der Krater selbst zeigt eine Verkleinerung und wird glatt. Infolge der psychischen Einwirkung dieser „Besserung" hebt sich auch das Allgemeinbefinden der Kranken.

Neue Wege in der Behandlung des Karzinoms schlagen andere Forscher ein. So geht Edel von dem Gedanken aus, daß das „Wachstum des Karzinoms zu vergleichen sei dem des Embryo". Er spricht die Vermutung aus, daß sich im Serum des Embryo Stoffe befinden, die das Wachstum des Epithels über das Maß hinaus verhindern. Diese Stoffe sollen es auch sein, die im postembryonalen Leben das Wachstum des Epithels in Schranken halten. Schwinden sie, so ist die Disposition vorhanden, die das durch eine Gelegenheitsursache gereizte Epithel über das normale Maß hinaus und zum Ver-

derben des umgebenden Gewebes und des ganzen Körpers wuchern läßt. Hiervon ausgehend, rät Edel krebskranken Menschen Serum von gesunden einzuspritzen. In einem Fall verfuhr er nach seinen theoretischen Erwägungen, mußte aber aus Mangel an Serum mit der Behandlung bald aufhören. Er schlägt vor, diese Versuche in einer Frauenklinik, wo aus den Plazenten leicht größere Mengen Serum gewonnen werden können, bei inoperablem Karzinom des Uterus aufzunehmen.

Ein ähnlicher Gedanke veranlaßte William J. Morton, Krebskranke einer Trypsinbehandlung zu unterwerfen. Er folgt der Ansicht von Beard, der das Karzinom auf Zellen zurückführt, die normalerweise in der 6. Woche des Fötallebens zugrunde gehen, und zwar vernichtet durch den Pankreassaft, speziell das in ihm enthaltene Trypsin. Er verwendet Trypsin in Verbindung mit Amylopsin subkutan. Morton unternahm in einem Falle von Carcinoma mammae die Behandlung, nachdem die Patientin eine Operation abgelehnt hatte. Die Geschwulst schrumpfte zusehends. Als die Patientin schließlich doch, obgleich nach Verfasser der Erfolg eklatant war, die Operation verlangte, zeigte die mikroskopische Untersuchung eine „Schrumpfung und Verdichtung des fibrösen Bindegewebsstromas“ und „die ausgesprochenen Zeichen degenerativer Veränderungen in den epithelialen Zellen“ des Karzinoms, nach Verfasser also eine beginnende Heilung. Er führt noch verschieden lokalisierte Karzinomfälle an. Doch hat er hier nur 2 Heilungen bei Gesichtskrebs zu verzeichnen. Alle anderen kamen nach Angaben des Verfassers an anderen Krankheiten ad exitum oder befinden sich noch in der Behandlung. Bei allen aber soll sich eine günstige Einwirkung auf das Karzinom bemerkbar gemacht haben. Leider fehlt jeder mikroskopische Beleg.

Aus ähnlichen Erwägungen heraus verwenden v. Leyden und Bergell für ihre therapeutischen Versuche bei Krebskranken ein Leberferment. Sie nehmen an, „daß zum Wesen der Malignität die Fähigkeit lokaler, im Sinne von F. Kraus „abartender“ Eiweißsynthese gehört“; ferner daß dem Körper der Kranken eine Kraft fehlt, die das schrankenlose Wachstum des Tumors hintanhält. Sie haben durch Versuche festgestellt, daß das Pepsin den lebenden Tumor gar nicht, totes Krebsmaterial fast nicht, isoliertes Krebseiweiß ebenfalls nicht angreift; ferner daß das Prankeatin isoliertes Eiweiß und Tumormasse im Reagenzglase leicht verdaut, lebenden Tumor dagegen viel schwächer. Sie stellten sich jetzt ein Ferment durch Zerreiben frischer Tierleber her. Dies hat die Eigenschaft, auf isoliertes Eiweiß und Tumor im Reagenzglase gar nicht, dagegen sehr stark auf den lebenden Tumor einzuwirken. Die Verfasser nehmen an, daß das „Tumorgewebe gerade für dies Ferment ein adäquates Substrat ist“. Das Ferment bringt über den Zerfall hinaus das Tumorgewebe zu einer gewissen Verflüssigung. Die Verfasser bezeichnen es daher als ein „proteolytisches Ferment“.

Wenig ermutigend und wenig aussichtsreich sind die Mitteilungen, die Kuhn über die Behandlung mit Pankreatin, Röntgenstrahlen und Radium macht.

Aus alledem geht hervor, daß das Heil der Krebskranken vorläufig in der Operation beruht. Der Kampf zwischen der abdominellen und der vaginalen Methode ist zur Zeit nach der Ansicht der maßgebenden Autoren zugunsten der ersteren entschieden. Ob die vaginale Operation wieder zu ihrem Rechte kommen wird, muß die Zukunft lehren. Sicher ist jedenfalls, daß die Berücksichtigung des Ureterlagers, die Schonung des Ureters und die Entfernung der Parametrien und Parakolpien sich übersichtlich und Erfolg versprechend nur vom Abdomen aus bewerkstelligen läßt.

Meno- und Metrorrhagien.

Sammelreferat über 1907 von Dr. **Anselm Falkner,** Wien.

Bennecke: **Der heutige Stand der Mutterkornfrage.** (Archiv f. Gyn., Bd. 83.)
Birnbaum und Osten: **Untersuchungen über die Gerinnung des Blutes während der Menstruation.** (Archiv f. Gyn., Bd. 80.)
Daniel: **Wahre und Pseudometritis.** (Revista d. chirurg., Nr. 1.)
Fischer: **Über Blutungen am Beginn der Pubertät.** (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. 25.)
E. Fraenkel: **Über den Uterus senilis.** (Archiv f. Gyn., Bd. 83.)
H. W. Freund: **Zur Behandlung der Dysmenorrhöe von den Brustdrüsen aus.** (Münchener med. Wochenschr., Nr. 43.)
Gellhorn: **Menstruation ohne Ovarien.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 40.)
Hitschmann-Adler: **Die Lehre von der Endometritis.** (Zentralbl. f. Gyn., Bd. 60.)
Hollós-Eisenstein: **Die tuberkulöse Ätiologie etc.** (Gyn. Rundschau, Nr. 23.)
Kehrer: **Die Wirkung der Hydrastis- und Kotarninpräparate.** (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. 26.)
Lockyer: **Styptol in Uterin Haemorrhage.** (Fol. Therap., Nr. 3.)
Macdonald: **Intractable uterine haemorrhage.** (Journ. of obstetr., Nr. 1.)
Meyer-Ruegg: **Eine besondere Form klimakterischer Blutungen.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 22.)
Migoul: **La stypticine etc.** (Bull. de Thérap., 1907.)
Muratow: **Metrorrhagia syphilitica.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 27.)
Perlsee: **Therapeutischer Beitrag etc.** (Prager med. Wachenschr., Nr. 24.)
Pfeilsticker: **Ursache der Myomblutungen.** (Gyn. Rundschau, Nr. 13.)
Polano: **Zur Behandlung der Dysmenorrhöe.** (Münchener med. Wochenschr., Nr. 35 u. 47.)
Scholl: **Das Blutungs-, Schmerz- und Altersbild etc.** (Hegar, Nr. 12.)
Schütze: **Beitrag zur Kenntnis etc.** (Zeitschr. f. Geburtsh u. Gyn., Nr. 59.)
Schwab: **Endometritis.** (Zeitschr. f. Gyn., Nr. 29.)
Schwarzenbach: Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, Nr. 9.
Solowij: **Die Sklerose der Arterien der Gebärmutter etc.** (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Nr. 25.)
Theilhaber: **Die Variationen etc.** (Münchener med. Wochenschr., Nr. 23.)
Tobler: **Über primäre und sekundäre Dysmenorrhöe,** 1907.
Widmer, Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, Nr. 9.

Das verflossene Jahr hat für das vorliegende Thema besonders die anatomisch-physiologische Seite betreffende Arbeiten gebracht. Hier wäre vor allem Hitschmann-Adler, Die Lehre von der Endometritis, anzuführen, da so oft Meno- und Metrorrhagien auf „Endometritis" bezogen werden und die histologische Untersuchung des Curettements anscheinend die Diagnose bestätigt; allerdings nach falschen Schlüssen aus falschen Voraussetzungen. Da nämlich nach den Untersuchungen der Verfasser der größte Teil der Endometritis glandul. hyperplastica und am Falle der Endometritis glandul. hypertrophica physiologischen Veränderungen der Uterusmukosa entsprechen, so wird die Diagnose der glandulären Endometritis auf ein Minimum beschränkt; der chronisch-interstitiellen Endometritis werden alle jene Fälle entzogen, in denen nicht Plasmazellen nachweisbar sind. Aus ihren Untersuchungen ziehen die Verfasser folgende Schlüsse: Ein kausaler Zusammenhang zwischen Blutung und Entzündung der Uterusmukosa besteht nicht. Die akute Entzündung löst keine Blutungen aus; diese treten erst nach Wochen und Monaten auf, wenn der Prozeß schon auf die Ovarien über-

greift. Umgekehrt können die Blutungen noch fortbestehen, wenn die Mukosa bereits ausgeheilt ist und nur die Adnexe (resp. die Ovarien) krank sind. Die Erkrankung der Tube allein verursacht keine Blutung, ebensowenig die akute Entzündung der Mukosa trotz der Gefäßneubildung. Die Ursache der Blutung liegt vielmehr bei regelmäßigem Eintritt wie bei unregelmäßigem in den Ovarien, teils auf Basis anatomischer Veränderungen, teils auf Grund funktioneller Störungen.

Wenn auch in der Ansicht über das Ovar divergent, stimmt in den andern Befunden Theilhaber mit der angeführten Arbeit überein. Auch eine normale Schleimhaut — Drüsen inbegriffen — schwillt prämenstruell mächtig an und liefert Bilder von Endometritis glandul. hypertroph. und hyperplast., ebenso wie die Atrophie der Drüsen und die Verbreiterung des Zwischengewebes physiologischen Prozessen entsprechen.

Auch nach Theilhaber können abnorme Blutungen nicht durch diffuse Entzündung der Mukosa zustande kommen, wohl aber durch chronische Metritis, Insuffizienz der Uterusmuskulatur und Zirkulationsstörungen. Die Sklerose der Uterusarterien ist physiologisch, also für Menorrhagien nicht ätiologisch zu verwerten. Die Ovarien hält Theilhaber — im Gegensatz zu Hitschmann-Adler — nicht für die Ursache abnormer Blutungen; vielmehr ist bei Adnextumoren und Blutung stets auch eine spezifische Erkrankung der Uterusmuskulatur nachzuweisen.

Nach Schwab ist die Uterusschleimhaut ein labiles Gebilde, der normale histologische Befund variabel. Die blutende, verdickte Mukosa bei Myom und Ovarialzyste bezeichnet er als endometritisch verändert auf Grund eines endogenen Reizes, ebenso erklärt er die hypertrophisch glanduläre Endometritis extremster Form, die bei Chlorose auch intakter Mädchen angetroffen wird, desgleichen manche fungöse Schleimhäute bei klimakterischen Blutungen.

Von allgemeiner Bedeutung für das vorliegende Thema sind noch die Untersuchungen von R. Birnbaum und A. Osten insoferne, als sie den Nachweis liefern, daß der alkalische Zervixschleim die Gerinnung des Menstruationsblutes beschleunigt, daß aber das Blutserum intramenstruell an sich gerinnungsverzögernde Eigenschaften hat, also eine Blutungsdisposition schafft. Graphische Übersichtsbilder über den Zusammenhang von Blutung und gynaekologischen Erkrankungen überhaupt bringt Scholl. An einem Material von 5800 Fällen findet er bei Endometritis fungosa reine Menorrhagien, die sich später mit Metrorrhagien kombinieren. Die Retroflexio uteri zeigt ein wenig verstärkte Periode, Myom wieder Menorrhagien, während Korpus- und Kollumkarzinom Metrorrhagien aufweisen; Ovarialgeschwülste und Erkrankungen des Peritoneum haben keinen Einfluß auf die Periode.

Einen Beitrag zur Kasuistik frühzeitiger Menorrhagien liefert J. Fischer; die Krankengeschichte eines zwölf- resp. vierzehnjährigen Mädchens; beidemal ausgesprochene hämorrhagische Diathese, das ältere Mädchen starb an Epistaxis. Der Curettementbefund war in beiden Fällen negativ. Ein interessantes, auch auf die früheren Altersstufen bezügliches Moment bringt Tobler, indem sie darauf verweist, daß bei Mädchen mit sekundärer Dysmenorrhöe oft Menorrhagien infolge zu starken Schnürens auftreten, die dann im Laufe der Jahre zunehmen.

Die Menorrhagie bei Dysmenorrhöe kann aber auch eine tieferliegende Ätiologie haben. Hollós und Eisenstein haben bisher zehn Patienten mit Dysmenorrhöe einer Tuberkulinkur unterworfen und Genesung gesehen. Sie meinen, daß oft die Erkrankung nicht durch lokale, sondern allgemeine, konstitutionelle ätiologische Momente (Toxine der Tuberkelbazillen) ausgelöst wird und darauf auch gewisse Formen der chronischen Endometritis zurückzuführen sind.

Bei jüngeren Individuen können Blutungen auch durch Lues verursacht sein. Im Anschluß an einen durch Anamnese, somatischen Befund und erfolgreiche spezifische Therapie erwiesenen Fall von luetischer Metrorrhagie bespricht Muratow das bisher wenig durchforschte Kapitel. Bei älteren Frauen und jungen Mädchen (hereditäre Lues!) ist dieses Krankheitsbild zu finden, das oft, mißdeutet, zu vergeblichen Therapieversuchen führt. Muratow meint, daß die Metrorrhagia syphilitica keineswegs selten sei, und fordert bei ätiologisch unklaren Blutungen dringend zur ausführlichen objektiven und subjektiven Untersuchung auf Lues auf.

Die Ansicht Walchers über die Myomblutungen entwickelt Pfeilsticker folgendermaßen: Die submukösen Myome, bei denen Meno- und Metrorrhagien die Regel sind, regen den Uterus über die Norm zu Kontraktionen an. Diese bringen die allenfalls zwischen Tumor und Kavumwand bestehenden Hohlräume („tote Ecken") unter positiven Druck, der sich bei Erschlaffung des Uterus in negativen verwandelt. Unter diesem letzteren füllen sich die „toten Ecken" mit Blut, das bei Kontraktion durch die stempelähnliche Wirkung des Myoms ausgepreßt wird. Die Wucherung der Mukosa, die bei exzessiven Blutungen häufig scheinbar vermißt wird, findet sich in solchen Fällen an der Basis des Tumors, in den dort gebildeten „leeren Räumen". Da während der Menses der Uterus hyperämisch ist, andrerseits das Myom an Volum temporär zunimmt, kommt es leicht zu Menorrhagien, während Metrorrhagien erst bei einer gewissen Größe des Kavumanteiles des submukösen Myoms und einer gewissen, individuell verschiedenen Reizbarkeit des Uterus auftreten. Die Wirkung des Ergotins scheint darauf zu beruhen, daß durch Kontraktion des Uterus das submuköse Myom in ein intramurales verwandelt wird oder durch andauernde Zusammenziehung der Wechsel zwischen Druck- und Saugwirkung sistiert wird.

Auch die entzündliche Erkrankung der Uterusmuskulatur, die Daniel in eine wahre und Pseudometritis differenziert, zeigt in beiden Formen Blutung und Schmerz im Krankheitsbild. Die wahre Metritis hat ihre Ätiologie in der Infektion: Gonorrhöe, Puerperium. Sie verläuft unter Entzündungserscheinungen: Fieber, Eiterung. Die Pseudometritis kommt durch nichtinfektiöse Ursachen zustande, z. B. Subinvolutio post partum. Die Therapie ist im ersten Fall eine lokale, im zweiten genügt oft eine kausale und allgemeine.

Seltenere Krankheitsformen in der Zeit des Klimakteriums bringen Schütze und Meyer-Ruegg. Eine Reihe von diagnostisch dunklen Fällen unstillbarer Blutungen bei fehlender Tumorbildung oder maligner Degeneration der Uterusmukosa hat R. Meyer durch die Beschreibung der diffusen, in die Tiefe des Myometrium eindringenden Schleimhautwucherungen aufgeklärt. Wegen der geringen, bisher bekannten Zahl bringt Schütze noch drei klinisch wie anatomisch genau untersuchte Fälle. Die Frauen standen im Alter von 46—50 Jahren. Bei zweien traten äußerst profuse Metrorrhagien, bei einer erschöpfende Menorrhagien auf; kein übelriechender Fluor, kein Fieber. Das Curettement ergab stets eine benigne, hyperplastische Endometritis und hatte nur für kurze Zeit Erfolg, so daß die Exstirpatio uteri ausgeführt werden mußte. In allen Uteris war die diffuse Wucherung der Mukosa nachweisbar.

Schütze rät dringend, diese Erkrankung wegen des infiltrierenden, zerstörenden Wachstums der Mukosa trotz des Mangels an Metastasen und Übergreifen auf die Umgebung des Uterus als schwer und als Vorstufe zu Adenocarcinoma corporis aufzufassen.

Meyer-Ruegg hatte 4 Frauen im Klimakterium zu behandeln, die wegen blutigen Ausflusses kamen. Im dilatierten Zervikalkanal hinter dem kaum für die Sonde passier-

baren Ostium externum war eine Kruormasse, nach deren Entfernung die Blutung endgültig sistierte: Haematometra cervicalis. Widmer hält diese Fälle für Endometritis senilis; der Uterus atrophiert, die Mukosa verwandelt sich stellenweise in Geschwürsflächen. Der Muttermund ist atrophisch verengt, es kommt zu Stauungen und protrahierten Blutungen. Schwarzenbach hat auch bei hypertrophischem Korpus Blutungen gesehen, die dadurch entstanden, daß geronnenes Blut wie ein Kugelventil das Ostium verschloß.

Die Bedeutung der Arteriosklerose des Uterus für die Blutungen wird noch verschieden beurteilt. Fraenkel meint, daß jenseits der sechziger Jahre die Gefäße des Uterus mit einer gewissen Regelmäßigkeit verkalken, und zwar die Media. Hand in Hand geht nicht bloß Atrophie, sondern in etwa 25% aller Fälle Schleimhautblutungen, die teils fleckweise auftreten, teils diffus das Gewebe durchsetzen. Die Venen bleiben frei.

Solowij unterscheidet zwei Formen der Arteriosclerosis uteri, die senile, die im späten Alter auftritt, mit häufigen Blutungen in die Wand, seltener ins Kavum und bedeutende Verdickungen der Gefäßintima zeigt, und die nicht senile mit Wucherungen der Media, Veränderungen der Metritis chronica und — bei höheren Graden — heftiger Blutungen ins Cavum uteri. Die Diagnose stützt sich auf Exklusion anderer mit Blutung einhergehender Genitalleiden und negativem Befund bei Austastung und Ausschabung des Uterus. Die sicherste Therapie ist die Totalexstirpation der Gebärmutter.

Im Gegensatz zu diesen Ansichten hält Macdonald Blutungen zur Zeit der Menopause für über das physiologische Maß gesteigerte Menses, die durch abnorme, vom Ovar ausgehende Reize hervorgerufen sind. Außerdem erzeugen Blutung: Verlust des Tonus, Schwund der Muskulatur, kontinuierliche Stauung im Endometrium. Die Veränderungen der Uterusgefäße sind physiologisch und haben daher keine Bedeutung für diese Zustände

In therapeutischer Hinsicht steht für die Praxis noch immer das Mutterkorn und seine Präparate obenan. In äußerst gründlicher Weise bespricht Adolf Bennecke den heutigen Stand der Mutterkornfrage und kommt zu dem Schlusse, daß die aus dem Mutterkorn hergestellten Extrakte, Ergotine etc. in ihrer Zusammensetzung und Wirksamkeit schwankend sind, daher dem frischen Mutterkornpulver nachstehen. Ein stets gleichmäßig wirkendes Präparat oder Alkaloid existiert noch nicht.

Mehrfach lobend erwähnt werden Styptizin und Styptol. Das erstere wirkt nach Migoul gleichzeitig gefäßverengernd und analgesierend bei Meno- und Metrorrhagien junger Mädchen wie jenseits des Klimax. Es ist unwirksam bei Leukorrhöe, aber erfolgreich bei symptomatischen Blutungen (Metritis), auch bei submukösen und intramuralen Fibromen, bei letzteren scheint es sogar manchmal das Wachstum einzuschränken. Bei Karzinom werden die Blutungen vermindert, die Schmerzen werden nicht wesentlich beeinflußt. Kumulative Wirkungen wurden nicht beobachtet.

Sedative Eigenschaft sagt Lockyer auch dem Styptol nach; er empfiehlt es bei der Menorrhagie junger Mädchen und bei beginnendem Abort am Anfang der Gravidität: bei karzinomatösen Blutungen versagte ihm das Mittel. Im Gegensatz zu den vorherigen günstigen Ergebnissen konnte Kehrer experimentell empfehlenswerte Eigenschaften des Kotarnin für Blutungen und Wehen intra graviditatem nicht finden. Im Gegenteil verbietet die energische kontraktionserregende Wirkung der Kotarnin- (und Hydrastis-) präparate ihre Anwendung in der Schwangerschaft.

Eine Reihe guter Erfolge bei Versagen der gewöhnlichen Styptika hat Perlsee bei Behandlung mit Schilddrüsentabletten (bis 6 Stück pro die) gesehen. Es waren Frauen mit sehr starken Metro- und Menorrhagien; in einem Fall dauerte die Krankheit

schon fast 2 Jahre. Stets prompte Heilung. Perlsee empfiehlt die Thyreoidinkur, wenn man benigne und maligne Wucherungen des Endometrium ausschließen kann.

Ausgehend von der Annahme eines Antagonismus zwischen der physiologischen Funktion von Ovar und Brustdrüse, erhöht Polano die physiologische Tätigkeit der Mamma durch Saugbehandlung, die einige Tage vor Beginn der Menses begonnen, bis zu ihrem letzten Tage durchgeführt werden soll. Er hat davon nicht bloß hinsichtlich der Schmerzen während der Periode, sondern auch bei Menorrhagien selbst stärkeren Charakters sehr gute Erfolge gesehen. Theoretisch angefochten, aber praktisch bestätigt werden diese Befunde von H. W. Freund.

Sehr interessant ist Gellhorns Beschreibung eines Falles von Menstruation, die, nach radikaler Kastration künstlich hervorgerufen, den Charakter einer atypischen Menorrhagie annahm: Eine 36jährige, bisher regelmäßig menstruierte Frau; wegen Adnextumoren beiderseitige Entfernung der Adnexe. Prompte Menopause; schwere Molimina climacterica; Brom, Valeriana effektlos. Ovarinkur. Sechs Wochen nach ihrem Beginn — die Menopause hatte 1/2 Jahr gedauert — eine fünftägige Blutung, 17 Tage nachher eine zweite. Bei Aussetzen der Ovarialtabletten durch 3 Wochen keine Blutung; mit Verabreichung der Tabletten tritt sie wieder auf; dieser Versuch wird noch mehrmals mit demselben Erfolg wiederholt. Gellhorn meint, daß die auch ohne Ovar vorhandenen Lebenswellen des weiblichen Organismus in diesem Falle durch Ovarialtabletten zu der nötigen Höhe gehoben wurden, um die Blutung auszulösen.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Gynaekologie.

Albrecht, Die praktische Verwertbarkeit der Leukozytenbestimmung für die Diagnose entzündlicher Erkrankungen des weiblichen Genitale. Ebenda.

Hörrmann, Was leistet die konservative Behandlung bei entzündlichen Erkrankungen der Adnexe und des Beckenbindegewebes. Mit spezieller Berücksichtigung der Belastungs- und Heißluftbehandlung. Ebenda.

Brunner, Doppelseitiges metastatisches Ovarialkarzinom bei primärem Karzinom der Flexura sigmoidea. Ebenda.

Logothetopulos, Über Genitaltuberkulose bei doppelseitigem Dermoidkystom. Ebenda.

Karaki, Über primäres Karzinom der weiblichen Harnröhre. Ebenda.

Rothlauf, Über Haematoma vulvae. Ebenda.

Ingier, Kasuistische und kritische Beiträge zum sogenannten Folliculoma ovarii. Arch. f. Gyn., Bd. LXXXIII, H. 3.

Leopold und Ravano, Neuer Beitrag zur Lehre von der Menstruation und Ovulation. Ebenda.

Fraenkel, Über den Uterus senilis, insbesondere das Verhalten der Arterien in demselben. Ebenda.

Bennecke, Der heutige Stand der Mutterkornfrage. Ebenda.

Seitz, Über die durch intrauterine Gehirnhämorrhagien entstandenen Gehirndefekte und die Encephalitis congenita. Ebenda.

Weil, Zur Frage der instrumentellen Uterusperforation. Ebenda.

Alfieri, Dei pessari endouterini ed in particolare del tubello endouterino di Petit. Milano, Cogliati 1907.

Taylor, On Shortening of the Round Ligaments for Backward Displacement of the Uterus. The Journ. of Obstetr. and Gyn. of the Brit. Emp., Nr. 6.

Watts Eden, Remarks on the Theory of Chorionepithelioma. Ebenda.

Tate, Oedematous Fibroma of the Pelvis, probably originating in the connective tissue. Ebenda.

Fothergill, Two Cases of Para-Vaginal Section for Uterine Fibromyoma. Ebenda.

Geburtshilfe.

Bland-Sutton, A Case of Pregnancy complicated by a Large Cervical Fibroid. The Journ. of Obstetr. and Gyn. of the Brit. Emp., Nr. 6.
Fairbairn, Rupture of an Early Tubal Gestation Causing Death within a few hours. Ebenda.
Mayer, Über die Verhütung des Puerperalfiebers und den Erfolg der Behandlung desselben mit dem Aronsonschen Antistreptokokkenserum. Hegars Beitr., Bd. XII, H. 2.
Hegar, Die operative Ära der Geburtshilfe. Ebenda.
Kroemer, Über Versuche, den primären Verlauf und die Dauerresultate der Hebosteotomie zu bessern. Ebenda.
Gminder, 100 Fälle von Morphium-Skopolaminnarkose in der Geburtshilfe. Ebenda.
Rode, Sectio caesarea. Norsk Magazin for Laegevidenskaben, Nr. 12.
v. Herff, Der Begriff „Kindbettfieber" und über die damit zusammenhängende Anzeigepflicht. Münchener med. Wochenschr., Nr. 49.
de Bovis, Comment il faut s'y prendre dans la pratique courante de l'accouchement. La Semaine Méd., Nr. 49.
Porter, A Method of Bimanuel Rotation in the Vertex. The Journ. of the Amer. Med. Assoc., Nr. 21.
Burckhard, Die Dührssensche Uterovaginaltamponade. Volkmanns Samml. klin. Vortr., Nr. 170.
Seitz, Die operative Behandlung der puerperalen Pyämie. Ebenda, Nr. 171.
Franck, Über Nierendekapsulation bei Eklampsie. Münchener med. Wochenschr., Nr. 50.
Herza, Klinische Untersuchungen über die von Zweifel angegebene vaginale Austupfung. Inaug.-Diss., Freiburg, November 1907.
Sittner, Ergebnisse der in den letzten 20 Jahren durch Köliotomie bei lebendem Kinde operierten Fälle von vorgeschrittener Extrauterinschwangerschaft. Arch. f. Gyn., Bd. LXXXIV, H. 1.

Aus Grenzgebieten.

Boecker, Zur Kenntnis des Baues der Plazenta von Elephas Indicus. Archiv f. mikrosk. Anat., Bd. LXXI, H. 2.
Quensel, Psychosen und Generationsvorgänge beim Weibe. Med. Klinik, Nr. 50.
Bertino, Osservazioni cliniche e ricerche ematologiche in alcuni casi di grave anemia puerperale. Annali di Ostetr. e Ginecol., Nr. 10.
Valtorta, Timo ed ovaia. Ebenda.

Personalien und Notizen.

(Personalien.) **Habilitiert:** Dr. August Mayer, 1. Assistenzarzt an der Universitäts-Frauenklinik zu Tübingen, mit der Probevorlesung „Über Sterilität". Die Habilitationsschrift befaßt sich mit den beckenerweiternden Operationen.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: **Dr. Oskar Frankl.**

Herausgeber, Eigentümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg.**

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

GYNAEKOLOGISCHE RUNDSCHAU.

ZENTRALORGAN
FÜR
GEBURTSHILFE UND FRAUENKRANKHEITEN.

II. Jahrg. **1908.** **6. Heft.**

Original-Artikel.

Über das Haematoma vulvae et vaginae extra partu.

Vom Privatdozenten Dr. **Max Stolz** (Graz).

Am 24. März 1907 wurde ich von einem Kollegen zu seiner 15jährigen Patientin A. B. gerufen. Das Mädchen war mittags nach der Schule mit der Trambahn nach Hause gefahren und hatte sich infolge des plötzlichen Anziehens des Wagens jählings auf die Armlehne niedergesetzt. Es empfand augenblicklich einen heftigen stechenden Schmerz in der rechten großen Schamlippe, der jedoch bald schwand und dem Gefühle zunehmender Spannung wich, so daß die Patientin, die indessen ausgestiegen war und ihren Weg zu Fuß fortgesetzt hatte, sich nach 10 Minuten kaum mehr fortbewegen konnte und nur mit Mühe ihr Heim erreichte. Ich sah die Kranke 3 Stunden später.

Die rechte große Schamlippe war zu einer nahezu faustgroßen, bläulichroten Geschwulst umgewandelt, die sich vom Mons veneris über den Damm hin ausbreitete. Ihre Haut war ödematös, ebenso die kleinen Schamlippen und das Präputium clitoridis. Durch die Schwellung wurde die Klitoris und die Schamspalte stark nach links gedrängt. An der Innenfläche der rechten kleinen Schamlippe erschien die Haut fast schwarz, stellenweise rissig und wie geborsten, doch sickerte hier kein Blut aus. Der intakte ödematöse Hymen machte eine vaginale Untersuchung unmöglich; die starke Empfindlichkeit schloß auch die rektale Untersuchung aus, so daß die Ausdehnung des Hämatoms nach oben nicht festgestellt werden konnte. Die Harn- und Stuhlentleerung gingen mühsam vor sich.

Ich verordnete ein Opiumstuhlzäpfchen gegen die Schmerzen und einen Eisbeutel gegen die weitere Ausbreitung der Geschwulst, die nun in den folgenden Tagen allmählich abnahm. Zuerst schwand das Ödem, dann traten die charakteristischen Färbungen der Haut auf, die die Resorption von Blutextravasaten begleiten. 8 Tage später konnte zur Beschleunigung der Heilung mit heißen Umschlägen und bald darauf mit heißen Sitzbädern begonnen werden. 4 Wochen nach dem Unfalle war das Hämatom aufgesaugt.

Erwähnt sei noch, daß das Mädchen seit einem Jahre regelmäßig menstruierte, das letzte Mal 14 Tage vor dem Falle, und daß es niemals schwer erkrankt gewesen war.

Diese Beobachtung veranlaßte mich durch ihre Seltenheit, die Literatur der Hämatome der äußeren Genitalien außerhalb der Geburt durchzusehen und das Wesentliche daraus zusammenzustellen.

Ich habe im ganzen nur 37 Fälle gefunden. Die Mehrzahl derselben entstand durch grobe mechanische Verletzungen.

Nach Lwoff entsteht ein Hämatom dann, wenn das Trauma 1. die Haut nicht verwundet, 2. die Geschlechtsteile nahe dem Knochen trifft, wo hauptsächlich dünnwandige Venen liegen (Klitoris, kavernöse Schwellkörper), 3. wenn die Gefäße durch das Trauma zerrissen werden. Heftiges Drängen, z. B. bei Entleerung der Fäzes, wird nur ausnahmsweise, u. zw. bei atheromatöser Gefäßentartung alter Frauen zur Hämatombildung Veranlassung geben.

Mekerttschiantz kommt bei der Analyse der Ursachen der Hämatombildung zu dem Schlusse, daß in jedem Falle noch Bedingungen obwalten, die nur für den betreffenden Fall gültig sein können. Das getroffene Gefäß muß nicht nur soweit verletzt sein, daß das Blut heraustreten kann, es muß auch das umgebende Gewebe derart beschaffen ein, daß eine solche Geschwulst entstehen kann. Ersteres geschieht durch das Trauma und die Erkrankung der Gefäßwände, letzteres durch Veränderung des umgebenden Zellgewebes, z. B. die Veränderung des Gewebes in der Schwangerschaft.

Bei den traumatischen Hämatomen müßten dazu die Veränderungen infolge des Traumas genügen. Andere Gefäß- und Gewebsveränderungen sind hier selten. Selbst Varikositäten werden ausnahmsweise erwähnt.

Die Blutung, die zur Hämatombildung führt, erfolgt aus dem Plexus pudendus, den Venen der Haut oder der Schwellkörper. Binder glaubt, daß in seinem Falle eine Verletzung einer Arteria oder Vena haemorrhoidalis vorlag, da die Blutung zuerst in der Analgegend sichtbar wurde, mit dem Schmerze sofort heftiger Stuhldrang auftrat und auch links vom Mastdarme der Bluterguß sichtbar ward. Erst sekundär suchte sich das Blut einen Weg in das lockere Gewebe der Geschlechtsorgane.

Die häufigste Veranlassung zu den traumatischen Hämatomen geben Fall und Stoß, u. zw.:

Fall auf die äußeren Geschlechtsteile (Fruitnight 2 Fälle, Lwoff 2 Fälle), Sturz im epileptischen Anfalle (Vinay), Kontusion (v. Mars, Vinay, Veit 2 Fälle, v. Winckel).

Fall rücklings auf einen Holzblock (Lwoff), Fall auf die scharfe Kante eines Stuhles, welche das rechte Labium majus mitten zwischen der vorderen und hinteren Kommissur traf (Chum).

Fall mit dem Perineum auf einen Holzschuh (Ligterink). Eine Patientin wurde von einer Betrunkenen gegen die Geschlechtsteile getreten (Lwoff).

Auch sexuelle Impulse spielen eine nicht unbedeutende Rolle. In der Literatur sind fünf darauf zurückzuführende Hämatome mitgeteilt, u. zw. gaben Veranlassung:

Grobe Ungeschicklichkeit in der ersten Ehenacht (Lawson-Tait), brutaler Koitus (Quierel), fehlerhafte Richtung des Impetus (Mekertschiantz), Trunkenheit (Ehrendorfer). In Himmelfarbs Falle biß der Liebhaber nach dem Koitus die Kranke in das untere Drittel der linken Schamlippe und erzeugte so ein Hämatom.

Seltener sind die ohne Traumen entstandenen Hämatome. Veit hält in seinem Handbuche der Gynaekologie die spontane Entstehung dieser Geschwülste durch Gefäßbrüchigkeit, abnormes Pressen usw. für unverbürgt und glaubt, daß die Anamnese von den Patientinnen oft nicht richtig angegeben würde. So zweifelt er in Gempes Falle, wo bei einer 20jährigen Wärterin, die vielfach schwere Kranke zu heben hatte, plötzlich ein Hämatom auftrat, an dessen Entstehen auf Grund abnormer Brüchigkeit der Gefäße. Doch liegen neuere Berichte vor, die ein spontanes Entstehen zweifellos machen. v. Franqué beobachtete ein Hämatom infolge übermäßigen Pressens der Bauchmuskulatur beim Stuhlgange, Rotfuchs bei dem Versuche, am 3. Tage post partum aufzustehen, Falk in voller Bettruhe und ohne alle Schädigung, Binder nach dem Herabheben einer 3 Eimer Wasser enthaltenden Wanne vom Stuhl auf den Boden, Helfer nach körperlicher Anstrengung 21 Tage nach der Entbindung. In dieser Gruppe der Hämatome scheint die Alteration der Gefäßwände in der Tat eine Rolle zu spielen. Auffallend ist die Entstehung zweier spontaner Hämatome bald nach der Entbindung. Binder vermutet in seinem Falle eine Veränderung der Gefäße infolge von chronischem Alkoholismus. Hieran schließt sich Warszawskis Fall, in dem am 11. Tage post partum infolge plötzlicher

Temperatursteigerung und heftiger Bauchschmerzen eine intrauterine Spülung vorgenommen wurde. Eine Stunde danach entstand ein Haematoma vulvae et vaginae, dessen Ätiologie vorläufig unaufgeklärt blieb. Drei Wochen nach ihrem Spitalsaustritte wurde die Patientin von neuem im Zustande höchster Anämie aufgenommen. Sie hatte 7 Tage vorher eine nicht zu stillende Blutung aus dem Genitale gehabt. Später lag ein Bild des voll entwickelten Morbus maculosus Werlhofii vor und brachte die Lösung des Rätsels in der Ursache der Entstehung der früheren Blutgeschwulst.

Unaufgeklärt entstand über Nacht das Hämatom in Merkels Falle.

Am eigenartigsten aber ist die Beobachtung Bessel-Hagens: Ein 16jähriges, bisher nicht menstruiertes Mädchen erkrankte Ende April 1885 unter heftigen Schmerzen in der Regio hypogastrica, die nach mehreren Tagen ohne besondere Medikation schwanden, 4 Wochen später aber in gleicher Weise auftraten und am 2. Juni nach den heftigsten Schmerzen im Leibe und Kreuze zu einer intensiven Empfindlichkeit des rechten Labium majus, zur Bildung einer großen Geschwulst an den äußeren Genitalien und zu dem Unvermögen einer vollkommenen Blasenentleerung führten. Die anämisch aussehende Patientin wurde in dem Glauben an die Einklemmung eines Darmbruches behufs Operation an die Klinik gebracht. Puls klein, beschleunigt. Temperatur leicht erhöht; Leib aufgetrieben, stark gespannt, in den unteren Partien empfindlich. Labium majus und minus rechts stark geschwollen, äußerst schmerzhaft, dunkel-blaurot, Vulva dadurch vollkommen verlegt. Die dunkle Farbe und Schwellung erstreckte sich bis in den Mons veneris und nach oben und außen vom Lig. Poupartii. Unter diesen Partien fühlte man deutliches Schwirren und ein eigenartiges Knistern. Ferner beobachtete man das fortwährende Wachsen der Schwellung gegen die rechte Spina anterior superior, so daß die Geschwulst innerhalb einer halben Stunde den Darmbeinkamm erreichte. In der Narkose fand man den dicken vorgewölbten Hymen geschlossen und das zurückgehaltene menstruelle Blut durchschimmernd. Nach Desinfektion der Genitalien machte v. Bergmann einen Einstich, worauf das Blut im Bogen vorquoll und die Spannung der Bauchdecken schwand. Nach Erweiterung der Hymenalöffnung zeigte sich an der rechten Seite der Scheide, dicht oberhalb des Hymens ein für die Kuppe des kleinen Fingers offener Riß. Ohne Ausspülung Einlegen eines mittelstarken Drainrohres in die Scheide, einfacher Deckverband; weiterhin nur Opium, Katheter, tägliche Reinigung des Drains bei möglichster Ruhe der Kranken. In den nächsten 3 Tagen noch abendliche leichte Temperaturanstiege bei rascher Besserung des Allgemeinbefindens und der einzelnen Symptome. Am 19. nach völliger Herstellung und bei für den kleinen Finger durchgängigem Hymen Entlassung. Nächste Periode glatt.

Aus dieser Zusammenstellung der Ursachen der Hämatome außerhalb der Geburt geht hervor, daß das Trauma am häufigsten die Veranlassung gab, fünfmal entstanden Hämatome ohne Traumen, einmal infolge eines Morbus maculosus Werlhofii, einmal infolge der Berstung eines Hämatokolpos. Bei der Entstehung gibt die Stärke des Traumas den wesentlichsten Ausschlag, aber auch Gefäßveränderungen sind nicht von der Hand zu weisen, insbesondere bei den nichttraumatischen Hämatomen. Von den Veränderungen im Gewebe scheint die Alteration durch die Quetschung belangvoll. Der Einfluß der lokalen Hyperämie soll später untersucht werden.

Das Alter spielt bei der Entstehung der Hämatone nur eine geringe Rolle. Die beiden frühesten fand ich im 15. (dem vorliegenden Falle) und 16. Lebensjahre (Bessel-Hagens). Naturgemäß fallen die meisten Hämatome in die Zeit vor dem 35. Lebensjahre, besonders die traumatischen. Nur ein einziges Mal trat hier ein spontanes Hämatom auf, u. zw. bei einer 20jährigen Wärterin (Gempe). Dagegen wurden

4 von den 5 Hämatomen nichttraumatischen Ursprunges nach dem 35. Lebensjahre beobachtet; eine Erscheinung, die wieder auf die stärkere Brüchigkeit der Gefäße und die Altersveränderung der Gewebe weist.

Eine Begünstigung der Hämatombildung zur Zeit der Periode ist nicht festzustellen. In Himmelfarbs Falle trat das Hämatom allerdings unmittelbar vor der Periode auf, aber die Art der Entstehung (Biß in das große Labium) kann nicht in diesem Sinne gedeutet werden. Auffallend ist die relative Häufigkeit der Hämatome nach dem Koitus.

Die Gravidität und das Puerperium schaffen eine erhöhte Disposition. Von den 38 außerhalb der Geburt beobachteten Hämatomen entstanden 7 während der Schwangerschaft, 3 im Wochenbette, so daß nur 28 Hämatome außerhalb des Puerperiums im weitesten Sinne vorkamen. In der Schwangerschaft führten meist Traumen (2mal brutaler Koitus) zur Hämatombildung. Eine Schwangere befand sich im 4. (ten Cate Hoedemaker), eine im 5. (Ehrendorfer), 2 im 7. (Loviot, Vinay), 2 im 8. (Queirel, ten Cate Hoedemaker) Monate und eine in den letzten Tagen der Schwangerschaft (Braun). 5 Schwangere waren demnach in der 2. Hälfte der Gravidität, 2 in der 1. Hälfte. Vielleicht nimmt die Zerreißlichkeit der Gefäße und Gewebe in der 2. Hälfte der Gravidität zu. Darauf deutet auch die weitaus größere Häufigkeit der Hämatome sub partu. Ebenso scheint im Wochenbette eine größere Disposition vorzuliegen, denn in den mitgeteilten Fällen trat das Hämatom stets ohne Trauma auf. Im Falle Rotfuchs beim Versuche aufzustehen, bei Helfer nach größerer Anstrengung, bei Warszawski infolge eines Morbus maculosus Werlhofii.

Ein Einfluß der Zahl der vorausgegangenen Geburten auf die Entstehung der Hämatome läßt sich in Rücksicht auf die Spärlichkeit der vorliegenden Beobachtungen nicht mit Sicherheit nachweisen. Von den 17 Fällen, in denen darüber Mitteilungen vorliegen, hatten 8 geboren, darunter eine 9- (ten Cate Hoedemaker), eine 14mal (Lwoff).

Der Sitz des Hämatoms ist in 14 Fällen angegeben, u. zw. entwickelte es sich 9mal rechts, 5mal links, 1mal beiderseits. Also rechts entschieden häufiger als links. Traumen scheinen in ihrer Zufälligkeit auf die Lokalisation ohne bestimmenden Einfluß (4 rechts, 3 links). Dagegen fanden sich die Hämatome nach brutalem Koitus stets rechts. Die einzige Beobachtung eines beiderseitigen Hämatoms entstand nach körperlicher Überanstrengung (Binder). Auf die stärkere Neigung der rechten Seite zur Hämatombildung weist auch die Rechtsseitigkeit dieser Geschwulst nach Berstung der Hämatokolpos und nach Morbus maculosus Werlhofii hin.

In bezug auf die Größe der Hämatome bestand lange Zeit die Anschauung, daß die außerhalb des Puerperiums entstandenen niemals die Größe der Hämatome sub partu erreichen. Nach Zweifel (Die Krankheiten der äußeren weiblichen Genitalien und die Dammrisse, Stuttgart, 1885, pag. 64) übertreffen sie fast nie die Größe eines Hühnereies, nach Hildebrandt (Die Krankheiten der äußeren weiblichen Genitalien, Stuttgart 1887, pag. 55) erreichen sie höchstens die Größe eines Apfels und bilden infolge der größeren Derbheit und Widerstandsfähigkeit des subkutanen und subfaszialen Bindegewebes viel schärfer begrenzte Kugelgeschwülste als dies bei Hämatomen innerhalb des Puerperiums der Fall ist. Diese Anschauung wurde schon von Lwoff widerlegt, der auf Grund seiner beobachteten vier Fälle die Behauptung aufstellte, daß die Hämatome Nichtschwangerer traumatischen Ursprunges verschieden groß sein können, ja sogar größer als die größten bei der Geburt auftretenden Blutgeschwülste. In zweien seiner Fälle war das Hämatom kindskopfgroß, in einem dop-

peltfaustgroß. Ein kindskopfgroßes Hämatom sahen außerdem Rotfuchs und v. Mars; mannsfaustgroße Himmelfarb, Mekerttschiantz, Ehrendorfer, Vinay, Binder, Ligterink usw. Überaus groß muß das durch Berstung der Hämatokolpos entstandene Hämatom Bessel-Hagens gewesen sein.

Zu den größten Hämatomen gaben Traumen die Veranlassung (Lwoff), zu den nächst größeren der Koitus (Mekerttschiantz), insbesondere in der Schwangerschaft (Ehrendorfer). Himmelfarb glaubt, daß die Größe der Geschwulst in seinem Falle wenigstens zum Teile von der Hyperämie der Genitalien infolge des vorangegangenen Koitus abhängen könnte. Aber auch spontan entstanden größere Hämatome, z. B. nach Rotfuchs ein kindskopfgroßes infolge des Versuches, am 3. Tage post partum aufzustehen. Vielleicht spielt hier die puerperale Hyperämie mit.

Die Erscheinungen, unter denen die Hämatome sich ausbildeten, waren meist örtliche. Dem bei der Berstung des Gefäßes plötzlich eintretenden stechenden Schmerz folgte ein Gefühl zunehmender Spannung, das zuweilen erst nach zwei Stunden zur Wahrnehmung des Hämatoms führte (Ligterink, v. Mars, mein Fall). Manchmal behinderte die Ausbildung des Hämatoms das Gehen (Ehrendorfer, mein Fall), manchmal erzeugte sie heftigen Stuhldrang (Binder), machmal Schmerzen, die in die Harnblase, in den Mastdarm und den linken Oberschenkel ausstrahlten (Lwoff, 4). Selten fehlte jede Schmerzhaftigkeit trotz ansehnlicher Größe der Geschwulst (Lwoff, 2).

Die Hämatome breiten sich nach oben gegen den Mons veneris, nach unten gegen den Damm zu aus, doch bietet der derbe Aufbau des Centrum tendineum in letzterem gewöhnlich ein Hindernis für die Ausdehnung gegen die Glutäalgegend zu. Dem Vordringen gegen die Beckenhöhle setzt das Diaphragma urogenitale eine unüberwindliche, nie überschrittene Grenze (v. Rosthorn in Veits Handbuch der Gynaekologie. III, 2).

Auch im Falle Bessel-Hagens erfolgte der vaginale Riß, wie die Ausbreitung des Blutergusses ergibt, unterhalb der Muskeln und Faszien des Diaphragma pelvis. Durch die große Druckkraft gelangte das einströmende Blut unter die Faserzüge der oberflächlichen Bauchfaszie und von hier aus durch die von größeren und kleineren Fettläppchen durchsetzten Spalten unter die obersten Hautschichten.

Die Haut ist über der Geschwulst elastisch gespannt, die Epidermis blutunterlaufen, die Schleimhaut der kleinen Labien und des Introitus bläulich, selbst schwarz. In einzelnen Fällen fluktuierte die Geschwulst stellenweise und war hier nur von einer dünnen Haut bedeckt (Ehrendorfer, Chum), die im Vorhofe und in der Scheide barst (Mekerttschiantz). Die kleinen Schamlippen, der Hymen und der Damm erschienen ödematös. Die unförmliche Anschwellung verlieh dem Genitale ein asymmetrisches Aussehen und überdeckte den Zugang zur Schamspalte. Infolge der mechanischen Behinderung war die Stuhl- und Harnentleerung erschwert (Lwoff, Mekerttschiantz, mein Fall) oder das Hämatom verlegte den Eingang zur Vulva so, daß die Patientin es bei der Harnentleerung zur Seite drücken mußte (Himmelfarb).

Ein ganz eigenartiger Fall ist der Queirols, in dem ein hühnereigroßer birnförmiger Tumor von derber Konsistenz an einem 6 *cm* langen Stiele von der hinteren Scheidenwand entsprang. Seine Ursache war ein brutaler Koitus im 8. Schwangerschaftsmonate.

Als Allgemeinerscheinungen traten in 3 Fällen Symptome schwerer akuter Anämie auf (Warszawski, Mekerttschiantz, Rotfuchs), 2mal Ohnmachten (Lwoff, 1. und 2. Fall), zuweilen Fieber (Lwoff, 1, Mekerttschiantz). Niemals wurde infolge der Ausbildung des Hämatoms eine Verblutung beobachtet.

Die Prognose der Hämatome ist nach den Erfahrungen aller günstig. Sie neigen nicht zur Zersetzung ihres Inhaltes.

Der Heilungsverlauf ist im allgemeinen abhängig von der Menge des vergossenen Blutes, dem Grade der Zertrümmerung des Gewebes und von den eintretenden Komplikationen. Kleine, unter faustgroße Hämatome pflegen im Verlaufe von 2 Wochen ohne weitere Störungen als den lokalen Beschwerden auszuheilen, größere innerhalb von 4 Wochen. Die puerperale Hyperämie scheint begünstigend auf die Raschheit der Aufsaugung zu wirken. So resorbierte sich ein kindskopfgroßes Hämatom (Rotfuchs) in 3 Wochen.

Bei den größeren Hämatomen wurden im Verlaufe der Behandlung verschiedene Störungen beobachtet z. B. anhaltende Schmerzen und Behinderung im Gehen (Ehrendorfer), Entwicklung einer Ulzeration (Vinay), Nekrose der Oberfläche und Fieber (Mekerttschiantz), spontaner Aufbruch (Vinay) und verzögerte Resorption. Deshalb muß bei größeren Hämatomen die Zeit der Ausheilung stets vorsichtig bemessen werden. Ernstere Schädigungen traten aber niemals ein, insbesondere spielte die örtliche Infektion bei den traumatischen Hämatomen eine geringe Rolle. Die schwerste zurückbleibende Läsion war ein Abstoßen der kleinen und eines Teiles der großen Schamlippe (Mekerttschiantz).

Die Behandlung der Hämatome ist außerordentlich einfach. Kleine, unter faustgroße Hämatome wurden im allgemeinen konservativ behandelt. Gegen die Ausdehnung der Schwellung: Bettruhe, Eisumschläge, Ergotininjektionen; gegen die Schmerzen: Morphin oder Opium innerlich oder subkutan oder in Form von Suppositorien. Zur Beschleunigung der Heilung massierte Lwoff bei einem gänseeigroßen Hämatom vom 3. Tage an leicht.

Die großen über faustgroßen Hämatome wurden meist inzidiert, entleert, ausgespült und tamponiert. Dieser Vorgang wurde entweder von vornherein eingeschlagen (Chum, Vinay), war infolge anhaltender Schmerzen und Behinderung beim Gehen nötig (Ehrendorfer), oder er wurde nach konservativer Behandlung in der Absicht schnellerer Heilung gewählt (von Rotfuchs am nächsten, von Lwoff am 6. Tage). Mekerttschiantz inzidierte, weil ein Kompressionsverband nicht genügte, die Oberfläche des Hämatoms gangräneszierte und Fieber eingetreten war, Vinay weil sich eine Ulzeration entwickelt hatte und keine Neigung zur Resorption bestand; Lwoff nach spontanem Durchbruch nach außen zur besseren Entleerung des Inhaltes.

Zus Ausspülung der Höhle diente Karbollösung, Sublimat und in einem Falle stärkerer Blutung eine Tanninlösung (Chum).

Eine eigene Behandlungsart hat v. Mars eingeschlagen, der das über faustgroße Hämatom entleerte, die Wundhöhle in Etagennähten vereinigte und damit eine rasche Heilung erzielte.

In der Therapie der Hämatome stehen sich wenig gegensätzliche Meinungen gegenüber.

Kleine Hämatome werden soviel als möglich exspektativ behandelt. Hier hätte die Inzision den Nachteil längerer Bettruhe, des häufigen Verbandwechsels, der größeren Schmerzhaftigkeit und Infektionsgefahr. Das Gleiche gilt von den mittelgroßen Hämatomen. Nötigenfalls kann man Rotfuchs' Rate folgen und bei dünner Wand oder nach spontanem Durchbruch inzidieren.

Über faustgroße Hämatome hingegen werden durch verzögerte Resorption lästig oder laufen Gefahr, sich infolge Nekrose der Haut, Zersetzung des Inhaltes und lokaler Infektion zu verschleppen. Deshalb ist es hier richtiger, von vornherein aktiver vor-

zugehen und das Hämatom zu entleeren. Am idealsten wäre es, die Wundhöhle durch Etagennähte zu verschließen. Doch kann die Naht natürlich nur dann in Anwendung gebracht werden, wenn die Wandung nicht zu morsch und die primäre Heilung gesichert ist. Muß infolge von Störungen (Zerfetzung der Wundränder, mangelhafte Blutstillung, Infektion) die offene Wundbehandlung eingeschlagen werden, dann geschehe sie nach chirurgischen Grundsätzen. Unter Umständen kann man die Höhle auch noch an dem der Tamponade folgenden Tage durch Etagennähte ausschalten (ten Cate Hoedemaker).

Bei den großen Hämatomen wird es überdies zuweilen nötig sein, symptomatisch gegen die Kollapserscheinungen einzugreifen.

Ist das Hämatom einige Tage stationär geblieben und zeigt die beginnende Verkleinerung die Neigung zur Resorption, dann können alle die Beschleunigung des Prozesses unterstützenden Maßnahmen angewendet werden; also heiße Umschläge, Sitzbäder, leichte Massage, Jodpinselungen etc.

Erwähnenswert ist noch das Verhalten der Schwangerschaft in jenen Fällen, in denen es während dieser Zeit zur Ausbildung von Hämatomen kam. Auffallenderweise ist nirgends eine Störung eingetreten. Man kann also annehmen, daß Hämatome auf den normalen Ablauf der Schwangerschaft und Geburt keinen Einfluß haben. Umgekehrt benachteiligte das Puerperium auch nicht die Heilung der Hämatome. In Rotfuchs' Falle kam es z. B. trotz der am 4. Wochenbettstage vorgenommenen Inzision nicht zur lokalen Infektion.

Literatur: 1. Bessel-Hagen: Über Hämatome in der Unterbauchgegend und an den äußeren Geschlechtsteilen des Weibes und über spontane Perforation des Hämatokolpos bei Atresia vaginae hymenalis. Arch. f. klin. Chir., 1888/1889, Bd. XXXVIII, pag. 277. — 2. Binder: Hämatom der äußeren Genitalien. Zentralbl. f. Gyn., 1897, pag. 34. — 3. Chum: Ein Fall von traumatischer Hämatokele (Thrombus) der Vulva bei einer Nullipara. Amer. Journ. of Obstetr., 1883, pag. 839. — 4. Mc Clintock: Zitiert nach ten Cate Hoedemaker. — 5. Ehrendorfer: Mitteilung über einen Fall von Haematoma vulvae im Verlaufe der Schwangerschaft. Arch. f. Gyn., XXXIV, H. 1. — 6. Falk: Bericht über einen Fall eines außerhalb der Schwangerschaft und ohne Trauma entstandenen Haematoma vulvae. Geburtsh. Gesellschaft zu Hamburg, 20. Dezember 1904, ref. Zentralbl. f. Gyn., 1905, 4. — 7. v. Franqué: Zitiert nach Veits Handbuch d. Gyn., Bd. III, pag. 236. — 8. Fruitnight: Thrombus vulvae. Amer. Journ. of Obstetr., 1884, pag. 737. — 9. Gempe: Zitiert nach Veits Handbuch d. Gyn., Bd. III, pag. 236. — 10. Himmelfarb: Zur Kasuistik des Haematoma vulvae außerhalb des Puerperiums. Zentralbl. f. Gyn., 1888, 9. — 11. ten Cate Hoedemaker: Beitrag zum Haematoma vulvae traumaticum. Nederl. Tijdschr. v. Verlosk. en Gyn., 1890, Jahrg. II. — 12. Ligterink: Zwei Fälle von Haematoma vulvae. Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde, 1889, Nr. 14. — 13. Loviot: Bull. et mém. Soc. Obstétr. et Gyn. de Paris, 1890. — 14. Lwoff: Über die Blutgeschwülste der äußeren Geschlechtsorgane und der Scheide. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XIII, H. 1. — 15. Maczak: Zitiert nach ten Cate Hoedemaker. — 16. v. Mars: Przeglad Lekarski, Nr. 50 polnisch, zitiert nach Frommels Jahresbericht, 1902. — 17. Mekerttschiantz: Haematoma vulvae post coitum primum et post partum. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. IX, H. 3. — 18. Menière: Gaz. de Gyn., Paris 1888. — 19. Merkel: Demonstration zweier Fälle von Haematoma vulvae. Ärztl. Verein in Nürnberg, zitiert nach Frommel, 1904. — 20. Queirel: Thrombus pédiculé du vagin. Ann. de Gyn. et d'Obstétr., Paris 1895, mars, Vol. XLIII, pag. 224—229. — 21. Rotfuchs: Über das Hämatom der Vulva post partum. Inaug.-Dissert., Marburg 1900. — 22. Steiner: Pudendal haematocele in the non puerpural state with report of a case. Journ. of the med. Ass., Chicago 1892, Bd. XVIII, pag. 193. — 23. Lawson-Tail: Diseases of Women. Zitiert nach Birmingham, 1886, Bd. II, pag. 19. — 24. Thoman: Zitiert nach ten Cate Hoedemaker. — 25. Veit: Handbuch d. Gyn., Bd. III, pag. 54 u. 236. — 26. Vinay: Hämatom der Vulva während der Schwangerschaft. Province

méd., Nr. 23, 1897; Vinay: Thrombus der Vulva im 6. Monate der Schwangerschaft. Lyon méd., 26. Sept. 1897. — 27. Warszawski: Haematoma vulvae et vaginae Morbus maculosus Werlhofii. Zentralbl. f. Gyn., 1893, 9. — 28. v. Winckel: Zitiert nach Veits Handbuch d. Gyn., Bd. III, pag. 236.

Über instrumentelle Perforationen und Pseudoperforationen des Uterus.

Von Dr. **Felix Heymann**, Berlin-Charlottenburg.

Bei einem Curettement, das ich am 28. April 1906 zu Beginn einer Vaginifixation und Prolapsoperation vornahm, perforierte ich trotz großer Vorsicht mit einer schmalen Simsschen Curette den Uterus im Fundus. Ich sah in diesem sofort festgestellten Ereignis keinen Grund, die geplante Kolpotomie aufzugeben, vollendete die Operation vielmehr nach dem ursprünglichen Plan und vernähte bei der Freilegung des Uterus die kleine Perforationswunde; der Heilungsverlauf war vollkommen ungestört.

Diese Beobachtung ist in der Berliner klinischen Wochenschrift, 1907, Nr. 32 publiziert. Heute bin ich in der Lage, einen weiteren ganz analogen Fall mitzuteilen, welcher allerdings nicht von mir selbst beobachtet worden ist, sondern — in unserer gemeinsamen Klinik — von Siefart, dem ich für die Erlaubnis, die Beobachtung zu veröffentlichen, zu großem Danke verpflichtet bin.

Frau A. M., 28 Jahre alt, 3 Partus, letzter vor 5 Jahren, 1 Abort vor 4 Jahren, leidet an Vorfallsbeschwerden, Kreuzschmerzen, Menorrhagien. Objektiv: Descensus vaginae, kleiner, weicher Uterus in leicht fixierter Retroflexio, ausgedehnte Erosionen.

Operation am 20. August 1908. Die Sondierung des Uterus ergibt 7 *cm* Sondenlänge. Muttermund und Zervikalkanal weit, leicht passierbar. Beim Aufrichten des Uterus mit der Sonde versinkt diese etwa 11 *cm* weit in die Bauchhöhle. Trotzdem die Diagnose der Perforation sofort gestellt wird, wird das beabsichtigte Curettement ausgeführt. Die Curette passiert den inneren Muttermund leicht; man fühlt damit überall deutlich die Uteruswand, nirgends dringt sie weiter vor. Da man mit Sicherheit einen sehr geringen Durchmesser der Perforation annehmen kann und die Peritonealhöhle gleich danach geöffnet werden soll, bietet eine Uterusspülung mit dünner Lysoformlösung in diesem Falle keine Gefahr. Sie wird mittelst Bozemann-Katheter ausgeführt, die Spülflüssigkeit läuft vollständig ab. Danach vordere Kolpoköliotomie, Vorwälzen des Uterus. Derselbe ist sehr weich und brüchig, zeigt zarte, schleierartige Adhäsionen und eine der Größe des Sondenknopfes entsprechende Perforationswunde. Weder Blut noch Spülflüssigkeit in der Bauchhöhle. Vernähung der kleinen Wunde, Vollendung der Vaginofixation; Kolporrhapia anterior et posterior. Glatte Heilung in 14 Tagen.

Die erste dieser Beobachtungen veranlaßte mich, mich eingehend mit der Literatur über die instrumentellen Perforationen des Uterus zu beschäftigen, und zwar mit besonderer Berücksichtigung solcher Fälle, in denen wie in den meinigen die Perforation durch Freilegung und Inspektion des Uterus sichergestellt worden ist.

Diese Fälle schienen mir, wie ich am angeführten Orte darlegte, von um so größerem Interesse, weil der — leider kürzlich verstorbene — Kossmann vor nicht langer Zeit durch seine Mitteilungen über die Paralyse des nicht schwangeren Uterus die Beweiskraft des größeren Teiles der vermeintlichen Uterusperforationen, welche ohne Folgen verlaufen, in Frage gestellt hatte. Während früher solche Beobachtungen öfter als Tubensondierung gedeutet wurden, nimmt Kossmann bekanntlich an, daß plötzliches tiefes Eindringen der Curette resp. allgemeiner gefaßt, jedes in den Uterus eingeführten Instruments zu einer die vorher festgestellte Länge des Uterus weit übertreffenden Tiefe ohne wahr-

nehmbaren Widerstand auch beim nicht schwangeren und nicht puerperalen Uterus durch eine plötzliche und schnell vorübergehende Erschlaffung, „Paralyse“, der Uteruswand bedingt sein könne und deshalb kein Beweis für eine eingetretene Perforation sei. Ist dies der Fall, so müssen für die Beurteilung der Uterusperforation alle Fälle außer Betracht bleiben, in denen die Diagnose nur auf dieses Symptom hin gestellt wurde. Das ist aber die Mehrzahl der Beobachtungen, auf denen die allgemein geläufigen Ansichten über Entstehung, Häufigkeit, Behandlung etc. dieser Verletzung basieren. Besonders die Ansicht, daß eine rechtzeitig erkannte instrumentelle Perforation unter aseptischen Verhältnissen relativ ungefährlich sei, fußt vorwiegend auf solchen Erfahrungen.

Muß von allen diesen Fällen abstrahiert werden, so gewinnen jene, bei denen die stattgehabte Perforation durch Autopsie — in viva oder in mortua — sichergestellt war, um so mehr an Bedeutung. Kossmann selbst hebt hervor, daß nur durch Inspektion in zweifelhaften Fällen erwiesen werden könne, ob seine Lehre von der Uterusparalyse eine Irrlehre sei oder nicht.

Aber ganz abgesehen von diesem strittigen Punkt Polemik ermöglicht die Betrachtung einer größeren Anzahl durch Inspektion sichergestellter Perforationen das sicherste Urteil über alle diese Verletzung betreffenden Fragen und je mehr man der Ansicht Kossmanns zuneigt, um so nötiger wird man eine Kontrolle unserer Anschauungen speziell über Prognose und Therapie dieser Perforationen auf Grund der oben gekennzeichneten Fälle finden.

Solcher Beobachtungen nun fand ich in der Literatur sehr viel mehr, als ich nach den Angaben einiger gebräuchlicher Lehr- und Handbücher erwartet hatte. Sie sind aber großenteils nur kasuistisch und zum Teil an wenig zugänglichen Stellen in Sitzungsberichten und Dissertationen mitgeteilt. Die Zusammenstellungen größerer Zahlen sind wenig vollständig und bringen andrerseits ohne Unterscheidung Fälle, die durch Inspektion sichergestellt sind, und solche, in denen dieser Beweis fehlt, unterscheiden ferner auch nicht die in der Schwangerschaft oder dem Puerperium vorgefallenen Perforationen von den außerhalb dieser Zeit entstandenen.

Die vollständigste und wertvollste Arbeit dieser Art dürfte die von Rebreyend sein, doch geht sie nur bis zum Jahre 1901 und berücksichtigt den Nachweis durch Inspektion nicht.

Unter diesen Umständen halte ich es für gerechtfertigt, in folgendem eine möglichst vollständige Zusammenstellung aller einschlägigen Fälle zu geben und zu untersuchen, welche Schlußfolgerungen daraus zu ziehen sind, wobei ihnen natürlich auch die auf gleiche Weise verifizierten Fälle von Pseudoperforation, d. h. einerseits Uterusparalyse im Sinne Kossmanns, andrerseits Tubensondierungen gegenübergestellt werden müssen. Dabei beschränke ich mich auf die am nicht schwangeren, nicht frisch puerperalen und nicht puerperal-septischen Uterus gemachten Erfahrungen, weil sowohl die Mitteilungen Kossmanns als auch meine eigene Beobachtung, von der ich ausging, den nicht durch Schwangerschaft unmittelbar beeinflußten Uterus betrafen. Diese Einschränkung gilt im folgenden überall, auch wenn der Kürze halber von Uterus und Uterusperforationen ohne nähere Bezeichnung gesprochen wird.[1])

[1]) Anmerkung bei der Korrektur. Ich betone nochmals, daß ich infolge der doppelten Beschränkung erstens auf die nicht durch Schwangerschaft beeinflußten, zweitens auf die durch Inspektion sichergestellten Fälle nur die Minderzahl aller überhaupt veröffentlichten Perforationen verwerten konnte. In meiner kurzen Mitteilung in der Berliner klinischen Wochenschrift scheint dies nicht deutlich genug ausgedrückt zu sein, da die dort angegebene Zahl von 64 Fällen in einer soeben erschienenen Arbeit von Kuntzsch (Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 51) anscheinend als Gesamtzahl aller veröffentlichten Perforationen aufgefaßt wird.

Eine Reihe von Mitteilungen, aus denen nicht zu ersehen ist, ob Schwangerschaft vorlag oder nicht, blieben deshalb ebenfalls außer Betracht. Die Beobachtungen folgen in chronologischer Reihenfolge mit Angabe der Jahreszahl.

1. Rabl-Rückhard und Lehmus (1873 [1]). Wiederholte Perforation des retroflektiert liegenden Uterus bei Peritonitis chronica mit der Sonde. Eine schon vor der Perforation bestehende subakute Steigerung der Peritonitis geht trotz der Perforation innerhalb dreier Tage zurück. Eine zweite, 6 Tage nach der ersten erfolgte Perforation hat keine Folgen. Exitus an Pleuritis tuberculosa 17 Tage nach der ersten Verletzung; die Obduktion ergibt kavernöses Gewebe und Fettdegeneration im Myometrium. Beim Durchdringen der Sonde minimaler Widerstand fühlbar.

2. Spiegelberg (1874). Curettenperforation bei vorgeschrittenem Korpuskarzinom; nicht diagnostiziert. Exitus an Peritonitis am nächsten Tag. Obduktion zeigt kraterförmiges zerfetztes Loch.

3. Elischer (1876). Diagnostische Sondierung und Perforation bei malignem Ovarialtumor. Keine Folge, Exitus durch den Tumor 35 Tage später. Perforation bei der Obduktion sichtbar.

4. und 5. Schröder (1879). Diagnostische Sondierung bei Ovarialtumor. Sondenperforation. Laparotomie wegen des Tumors. (Über etwaige Folgen ist nichts angegeben, anscheinend sind keine entstanden). In der IV. Auflage seines Handbuchs (1879) erwähnt Schröder zwei derartige Fälle, in den späteren Auflagen heißt es „mehrere“ ohne Zahlenangabe.

6. Fritsch. (Diagnostische?) Sondierung bei Ovarialtumor. Sondenperforation. Laparotomie wegen des Tumors am nächsten Tag, braunroter Punkt auf der Serosa ohne peritoneale Blutung.

7. Winter (1891). Ausschabung bei mannskopfgroßem interstitiellem Myom. Durchstoßung erst mit Sonde, dann mit Curette. Erst gefahrdrohende innere Blutung führt zur Diagnose. Laparotomie; Riß 5 *cm* lang; supravaginale Amputation, Heilung.

8. Fourcaud (1891). Curettement (wegen?) Perforation der hinteren Wand. Totalexstirpation (warum?). Heilung.

9. Gebhardt (1891). Intrauterine Sublimatspülung wegen Gonorrhöe. Katheter perforiert. Diagnose nicht gleich gestellt. Exitus am 8. Tage. Sublimatvergiftung, zwei Perforationsstellen.

10. Lannelongue (1892). Präliminares Curettement vor Operation eines Totalprolapes. Spülcurette versinkt. Spülflüssigkeit kommt nicht zurück. Totalexstirpation. Uterus morsch. Heilung.

11. Lannelongue (1892). Präliminares Curettement mit der Spülcurette vor Prolapsoperation. Spülflüssigkeit kommt nicht zurück. Die Curette scheint aber nicht über die Uterushöhle hinaus eingedrungen zu sein. Plastik beendet. Sublimatintoxikation. Exitus am 4. Tage, Peritonitis. Perforationsstelle am rechten Tubenwinkel.

12. Folet (Colle 1892). Tuberkulöse Peritonitis, Retroflexio. Diagnostische Sondierung. Sonde perforiert dreimal ohne Folgen. Laparotomie wegen der Peritonitis, Sonde läßt sich durch die vordere Uteruswand bis in die Bauchwunde schieben; Heilung.

13. Gaudier (Colle, 1892). Endometritis, Prolaps, Ausschabung; Curette perforiert. Curettement beendet, aber nicht gespült, keine Folgen. Hysteropexie nach einigen Wochen; Perforationsstelle gefunden, durch die Fixationsnaht geschlossen.

14. Dubar (1893). Endometritis, Metritis, Retroflexio. Sonde dringt 15 *cm* ein. Keine Folgen. Nach 15 Tagen Laparotomie. Perforationsstelle hat 3 *mm* Durchmesser, narbigen Rand. Anfrischung, Naht, Ventrifixur. 5 Wochen später Abrasio ohne Komplikation.

15. Batuaud (1894). Endometritis. Früher intrauterine Galvanokaustik. Curettement, Spülflüssigkeit kommt nicht zurück; vaginale Totalexstirpation. Zylindrisches Loch im Fundus.

[1]) In diesem Falle war zwar eine Entbindung vorangegangen, sie lag aber zur Zeit des Todes, als die abnorme Zerreißlichkeit noch bestand und der pathologische Zustand der Muskulatur mikroskopisch festgestellt wurde, 7 Wochen zurück, so daß man diese Veränderungen nicht als vorübergehende, puerperale, sondern als dauernd zurückgebliebene auffassen muß.

16. Walzberg (1894). Zweimal Sondenperforation gelegentlich zweier im Abstand von 6 Wochen wegen Blutungen ausgeführter Ausschabungen. Mehrere Monate später wegen fortdauernder Blutungen Laparotomie und Kastration. Die vorher eingeführte Sonde dringt wieder ohne Widerstand 4 Querfinger breit über die Symphyse hinauf. Perforationsstelle im Fundus schließt sich beim Zurückziehen der Sonde spontan, wird nicht genäht, Heilung.

17. Wertheim (1894). Dilatation und Probecurettement bei Carcinoma uteri. Hegarstift perforiert. Keine Folgen. Totalexstirpation nach 14 Tagen. Trichterförmige Narbe.

18. Zinke (1894). Ventrifixur. Sonde perforiert beim Anheben des Uterus. Glatte Heilung.

19. Lawson Tait (1895). Diagnostische Sondierung bei Ovarialtumor. Sonde perforiert. Ovariotomie, Heilung. (Wunde versorgt?)

20. Derselbe (1895). Abrasio vor Hysterektomie. Curette perforiert. Hysterektomie, Heilung.

21. Derselbe (1895). Endometritis, Abrasio. Curette perforiert. Zunächst keine Folgen. 9 Monate später wegen neuer Beschwerden und Krebsverdacht Hysterektomie. Uteroperitonealfistel von zirka $1/2$ Zoll Länge.

22. Cerné (Dumont 1895). Curettement vor Salpingektomie. Curette perforiert. Totalexstirpation, Heilung. Schräges Loch im Uterus.

23. Derselbe (1895). Curettement vor Salpingektomie, Curette perforiert. Nach dem kurzen Referat anscheinend die Salpingektomie programmgemäß ausgeführt, die Adnexe der anderen Seite zurückgelassen. Zirkumskripte Peritonitis. Heilung mit Beschwerden an den zurückgelassenen Adnexen.

24. Van Riper (1896). Bei Blutung und Ausfluß diagnostiziert ein Arzt irrtümlich Abortus, perforiert erst mit Sonde, dann mit Goodelldilatator, zieht mittelst Zange eine Darmschlinge heraus. Schwerer Kollaps. Van Riper laparotomiert, reseziert den Darm, exstirpiert den doppelt perforierten Uterus. Heilung.

25. Courant (1897). Ausschabung wegen Blutung bei Myom. Erst perforiert die Sonde, dann die Simssche Curette. Kein Symptom. Laparotomie wegen fortdauernder Blutung nach außen am nächsten Tage. Myomotomie. Die Ränder des 1 *cm* langen Risses schließen fest aneinander.

26. Odebrecht (1897). Ventrifixur wegen Lageveränderung. Die zum Elevieren des Uterus benutzte Orthmannsche Sondenzange perforiert. Uterus sehr weich. Alle Fäden schneiden durch. Heilung.

27. Fränkel (1897). Ebenfalls Ventrifixur wegen Lageveränderung; Perforation mittelst Sonde. Heilung.

28. Jahreiss (1898). Diagnostische Sondierung eines senil atrophischen Uterus. Die nicht ausgekochte Sonde perforiert. Peritonitische Reizung. Bei der 4 Tage später vorgenommenen Laparotomie zirkumskripte Rötung und Verdickung des Peritoneums an entsprechender Stelle.

29. Glaeser (1898). Diagnostische Sondierung bei Blutung und Prolaps. Sonde perforiert wiederholt ohne jeden Widerstand. Totalexstirpation, Heilung. Uterus ist „schmalzweich", an 4 Stellen perforiert.

30. Rosenfeld (1898). Dammriß und Prolaps. Diagnostische Sondierung und Perforation. Kein Symptom. Am nächsten Tag Ausschabung vor Plastik. Stumpfer Löffel perforiert an gleicher Stelle. Ventrifixation. Das Peritoneum ist ganz ohne Reizung, der Riß ganz glatt. Ränder aneinander liegend. Durch feine Catgutnaht geschlossen. Heilung.

31. Kentmann (1898). Prolaps. Ausschabung vor Plastik. Sonde perforiert. Totalexstirpation. Loch im Fundus. Myometritis oedematosa.

32. Krecke (1898). Oberflächliches Epitheliom der ganzen Korpusschleimhaut; Blutungen. Probecurettement. Sondenperforation. Abends 39°, leichte Schmerzen. Vom nächsten Tage an Wohlbefinden. 6 Tage später Totalexstirpation.

33. Brothers (1898). Retroflexio und Prolaps. Curettement vor Kolpotomie. Dilatator (welcher Art?) perforiert. Starke Blutung. Ausschabung beendet. Bei der anschließenden Kolpotomie wird der stark blutende Riß genäht. Vaginifixation, glatte Heilung.

34. v. Guérard (1898). Tuberkulöse Peritonitis, Aszites. Infolge der falschen Annahme einer Schwangerschaft wird von einem anderen Arzt ein elastisches Bougie eingeführt und damit tief perforiert. Fieber, Kollaps, Laparotomie, Naht des klaffenden Risses, Heilung.

35. Segond (Lenoir, 1898). Metritis und Salpingitis. Präliminares Curettement vor Totalexstirpation. Hegarstift perforiert, ohne jede Kraftanwendung. Hysterektomie. Vermehrung der Gefäße und des interstitiellen Bindegewebes.

36. Baudron (Lenoir, 1898). Endometritis, früher elektrisch behandelt. Curettement. Spülflüssigkeit kommt nicht zurück. Vaginale Hysterektomie. Alte Perforation, wahrscheinlich früher durch die Elektrode entstanden. Heilung bis auf eine Nachblutung beim Abnehmen der Klemmen glatt.

37. Landau (1900 [1]). Endometritis gonorrhoica. Beim Curettement mit der Rouxschen Curette perforiert der Arzt, ohne es zu bemerken, spült danach mit Karbollösung. Tod im Kollaps, 800 *g* Blut im Bauch. Im Uterus zwei Risse, der eine glatt, der andere zerfetzt. Der vor Gericht gestellte Arzt wird auf Grund von Landaus Gutachten freigesprochen.

38. Braun-Fernwald (1900). Curettement wegen Blutung, keine Erscheinungen, die an Perforation denken lassen. 6 Tage später Kollaps. Laparotomie unter Annahme einer Tubargravidität. Eine solche ist nicht vorhanden, jedoch auf dem Uterusfundus finden sich sechs kleine, narbige Knötchen. Bei der 5 Monate später wegen Adenokarzinom vorgenommenen Uterusexstirpation sind die Knötchen geschwunden. Sie können nur als Perforationsnarben angesehen werden.

39. Schenk (1901). Prolaps, Retroflexio. Ausschabung vor Trachelorrhaphie. Dreimalige Perforation mit Uteruskatheter resp. Sonde. Laparotomie, Naht der drei vorhandenen Löcher; Fäden schneiden durch, Ventrifixur; Heilung.

40. Pozzi (Rebreyaud, 1901). Adnextumor, Hysterometrie vor der Operation. Sonde perforiert, ohne jeden Widerstand. Vaginale Hysterektomie, glatte Heilung. Vermehrung des interstitiellen Gewebes und Rundzelleninfiltration. Glatte Heilung.

41. Normant (ibidem, 1901). Curettement vor vaginaler Hysterektomie (wegen ?), Récamier-Curette perforiert. Hysterektomie, glatte Heilung. Perforationsstelle in der vorderen Wand.

42. Jayle (ibidem, 1901). Adnexerkrankung, präliminäres Curettement. Sims-Curette perforiert. Laparotomie. Salpingoophorektomie. Am Tubenwinkel hinten kaum sichtbare Perforation. Ränder fest zusammengezogen. Keine Naht der Verletzung. Heilung.

43. Pozzi (ibidem). Endometritis und „Retrodeviation“. Abrasio mit stumpfer Curette; perforiert gleich nach dem Beginn. Hysterektomie, Heilung. Loch im Fundus. Uterus weich, braun, gleicht der Muskulatur eines Herzens mit Fettdegeneration.

44. Schulze-Vellinghausen (1902). Menorrhagien, Prolaps, Abrasio vor Plastik, Sonde perforiert. Nach 6tägigem Warten perforiert die Sonde bei einem erneuten Versuch noch einmal. Hysterektomie, Heilung. Im Uterus 2 Löcher, Ödem des Myometrium. Gefäßwände degeneriert.

45. Derselbe (1902). Probeausschabung wegen Metrorrhagien. Die Sonde durchstößt die Uteruswand 3mal nacheinander. Nach 3 Tagen Hysterektomie wegen Verdacht auf Malignität. Heilung, 3 Löcher im Fundus. Histologisch wie der vorige Fall.

46. Küstner (1903). Ausschabung wegen profuser Metrorrhagien. Curette perforiert. Totalexstirpation wegen Karzinomverdacht, Heilung. Der Uterus war schon früher ausgeschabt worden und nach Küstners Ansicht war dabei ein Stück des Myometriums mit herausgekratzt worden.

47. Derselbe (1903). Abrasio vor Laparotomie wegen Adnextumors. Curette perforiert. Bei der Laparotomie Naht der Uteruswunde. Heilung.

48. Frank T. Andrews (1905). Dilatation und Curettement (wegen ?), durch den Goodell-Dilatator entsteht ein Riß in der Zervix, die Sonde dringt zwischen den Blättern des Ligamentum latum ein und perforiert das Peritoneum hinter der Tube (Folgeerscheinungen ?). Laparotomie, Naht des Peritoneums, Drainage des Parametrium, Heilung.

49. Jarmann (1905). Abrasio wegen Endometritis chronica. Curette perforiert. Innere Blutung. Laparotomie, Unterbindung einer spritzenden Arterie, Drainage, Heilung.

---

[1]) Der Fall stimmt in allen Einzelheiten so mit dem von Haidenhain und Kossmann in der „Zeitschr. f. Medizinalbeamte“, 1895, erörterten überein, daß ich annehme, daß er mit demselben identisch ist.

50. Derselbe (1905). Pyosalpinx duplex, präliminare Dilatation und Abrasio. Perforation. Laparotomie (warum?), Heilung. Kleine Wunde an der Hinterwand des Uterus.

51. Derselbe (1905). Intrauterine Elektrisierung durch einen anderen Arzt. Perforation durch die Elektrode; septische Peritonitis. Laparotomie, Doppeldrainage, Exitus.

52. E. C. Dudley (1905). Übelriechender Fluor Curettement. Curette perforiert. Laparotomie in Anbetracht des Ausflusses. Viel Blut in der Bauchhöhle. Ausspülung, Naht der Wunde, Heilung.

53. Gerstenberg (nach persönlicher Mitteilung, für die ich ihm hiermit meinen verbindlichsten Dank ausspreche) hebelt bei einer Vaginifixur den Uterus mit der Orthmannschen Sondenzange heraus und konstatiert dabei die Perforation. Beendigung der Operation, Heilung.

54. Kelly[1] (1891). Dilatation eines nicht puerperalen Uterus mittelst des Wilsonschen und Ellingerschen Dilatators. Perforation, Exitus. (Ob die Perforation diagnostiziert wurde, ob gespült wurde, woran die Patientin starb, ist aus dem Referat nicht zu ersehen.)

55. Green. Dilatation und Curettement bei Myom. Perforation wahrscheinlich durch den Dilatator. Sofortige Laparotomie (weshalb?). Heilung.

56. Pilliet (1892). Metritis. Curettement. Sublimatspülung. Perforation nicht erkannt. Diarrhöe, Anurie. Diagnose auf Cholera gestellt. Exitus am 3. Tage an Sublimatvergiftung. Autopsie zeigt die Uterusperforation.

57. Baron und Herzog (1899). Blutung 6 Monate post partum. Curettement entfernt ein Gewebsstück von der Größe eines Fingergliedes. Sublimatspülung. Exitus. Die Autopsie zeigt eine große Perforation. In der Umgebung derselben besteht eine Degeneration der Muskulatur mit Thrombose und hyaliner Degeneration der Gefäße. Es war also durch die Curette ein nekrotischer Herd entfernt worden.

(Fortsetzung folgt.)

Hebammenwesen und Sozialhygiene.

Aus der Prov.-Hebammenschule in Osnabrück.

Wie sollen die geistigen Fähigkeiten der Hebammenaspirantinnen geprüft werden?

Von Direktor Dr. **Rißmann.**

In der Ende vorigen Jahres den Reichstagsabgeordneten und auch den preußischen Landtagsabgeordneten eingereichten Petition fordert der Vorstand der „Vereinigung zur Förderung des deutschen Hebammenwesens“ ein **Reichs**gesetz für die von allen Seiten als dringend anerkannte Hebammenreform. In der Begründnng wird in erster Linie darauf hingewiesen, daß eine viel bessere **Vorbildung** für den Eintritt in die Hebammenschule gefordert werden müsse. Ich halte diesen Punkt bei der ganzen Hebammenreform für so wichtig und bedeutungsvoll, daß ich meine Erfahrungen und meine sich daraus ergebenden Verbesserungsvorschläge zum Gegenstande der nachfolgenden Zeilen machen will.

Bekanntlich besteht zurzeit in Preußen und in den meisten deutschen Bundesstaaten die Vorschrift, daß den Kreisärzten die Prüfung derjenigen weiblichen Personen obliegt, welche sich zur Teilnahme an einem Hebammenlehrkursus melden. Die vom Kreisarzte vorzunehmende Prüfung hat sich auf die körperliche und geistige Befähigung zu erstrecken. In Preußen ist im Jahre 1904 nach der Einführung des neuen

---

[1]) Die Fälle 54—60 fand ich erst, nachdem ich die Bearbeitung der übrigen Fälle bereits beendet hatte. Sie folgen deshalb erst auf die übrigen, weil die chronologische Einreihung und die dadurch bedingte Umänderung der Numerierung der Fälle unverhältnismäßig viel Arbeit verursacht hätte.

Hebammenlehrbuches in einem Erlasse des Kultusministers besonders darauf hingewiesen worden, die Anwärterinnen sorgfältig hinsichtlich der geistigen Befähigung auszuwählen. „Mindestens ist erforderlich, daß die Schülerinnen fließend und mit Verständnis lesen, ein Diktat ohne grobe Verstöße gegen die Rechtschreibung fertigen, die vier Rechenarten auch mit Brüchen und mehrstelligen Zahlen beherrschen, mit den gesetzlichen Maßen und Gewichten vertraut und über das Prozentverhältnis ausreichend unterrichtet sind."

So anerkennenswert auch die Tendenz dieses Erlasses ist, man kann ihn doch nicht als einen glücklichen bezeichnen. Meiner Meinung nach kommt es viel weniger auf bestimmte Spezialkenntnisse an als auf einen durchaus klaren Verstand. Wieviel „höhere" Töchter werden wohl, wenn sie längere Jahre die Schule verlassen haben, noch genauer über Maß und Gewicht orientiert sein? Ich kann es deshalb auch nicht für ein großes Unglück halten, daß der erwähnte Erlaß fast ohne Wirkung geblieben ist. Nach den Aufzeichnungen, die ich gelegentlich der Prüfung der Schülerinnen in den ersten Stunden vorzunehmen pflege, wurden nämlich **nicht** geprüft von 20 Schülerinnen in den Kursen

	1907	1908
nach Maß und Gewicht . .	12	15
nach dem Prozentverhältnis .	11	9
nach der Bruchrechnung . .	6	10

Auf der anderen Seite wäre es aber bei der so sehr verschiedenen Vorbildung der Aspirantinnen ganz unbedingt notwendig, in der ausführlichsten und gründlichsten Weise den Verstand und die Auffassungsgabe zu untersuchen. Es besuchten von 20 Schülerinnen

im Kurse 1907		im Kurse 1908	
eine 8klassige Volksschule . . (hatte auch noch 2 Jahre Privatunterricht)	1	8klassige Volksschule . .	2
		höhere Töchterschule . .	1
		7klassige Volksschule .	keine
„ 7klassige Volksschule . .	8	6klassige „ . .	2
„ 6klassige „ . .	2	4klassige „ . .	2
„ 5klassige „ . .	1	3klassige „ . .	4
„ 4klassige „ . .	6	2klassige „ . .	8
„ 1klassige „ . .	2	1klassige „ . .	1
	20		20

Hätte die Regierung diese große Verschiedenheit der Vorbildung genügend gewürdigt und infolge dessen eine genaue Prüfung des Verstandes und der Auffassungsgabe gefordert, so würde man, glaube ich, Zweifel gehabt haben, ob zu einer solchen Prüfung jeder Mediziner die nötige Zeit und die erforderliche Erfahrung habe, sondern würde wie bei anderen Berufen Schulzeugnisse verlangt haben oder in Ermanglung derselben die nun notwendig werdende Prüfung Schulmännern übertragen haben. Daß viele Kreisärzte die Schulprüfung, die sie mit den Hebammenaspirantinnen vornehmen müssen, als etwas Unangenehmes und Peinliches empfinden, ist mir wiederholt mitgeteilt worden. Vor allen Dingen lehnen bis auf ganz vereinzelte Ausnahmen die Kreisärzte eine Prüfung in der von mir geforderten Art ab. Seit vielen Jahren existieren in der Provinz Hannover für die Hebammenschülerinnen Prospekte, die, wie eine gesperrt gedruckte Randbemerkung besagt, den Kreisphysikern zur Einsicht vorzulegen sind. In den Prospekten heißt es: „Das Physikatsattest ist in erschöpfender und objektiv gehaltener Form nur auf Grund einer genauen Untersuchung zu erteilen, welche zweifellos er-

geben hat, daß die Betreffende einen klaren Verstand besitzt, befähigt ist, den Unterricht leicht aufzufassen und das Erlernte richtig anzuwenden, gut schreiben, lesen und rechnen kann. Atteste, welche der Anstaltsdirektion ein eigenes Urteil über die Befähigung der Bewerberin nicht gestatten, sind zurückzuweisen. Es empfiehlt sich dringend, dem Zeugnisse die seitens des Kreisphysikus zu beglaubigenden, bei der Prüfung angefertigten schriftlichen Arbeiten mit einzureichen." Nur ganz ausnahmsweise werden die Anforderungen dieses Prospektes erfüllt. Die Kreisärzte haben als königl. Beamte eben ihre eigene Dienstanweisung. Die Provinzanstalten haben gar keinen Einfluß darauf, daß die von ihnen gestellten Bedingungen durch die Kreisärzte bei den Prüfungen berücksichtigt werden. Wiederholt wurden meine Gesuche in dieser Beziehung abgelehnt. Ich halte das für einen unleidlichen Zustand und mich hat dieses in der Meinung bestärkt, daß zu einer Gesundung des Hebammenwesens eine Vereinfachung der Instanzen gehört, die zurzeit gesetzmäßig sich mit dem Hebammenwesen zu beschäftigen haben. Am leichtesten dürfte dies durch eine Verstaatlichung der Hebammenschulen geschehen können. Nun ist bei dem anerkannt schlechten Schülerinnenmaterial, das den Hebammenschulen zugeht, von mehreren Seiten der Vorschlag gemacht worden, den in die Anstalt aufgenommenen Schülerinnen Elementarunterricht erteilen zu lassen. Die Wirkung eines solchen Elementarunterrichtes kann sich nach der Meinung von Fachmännern, denen ich mich voll anschließe, erst nach etwa 6—8 Wochen bei 4stündiger täglicher Unterrichtsdauer zeigen, wenn es sich um durchschnittlich gut begabte Personen handelt. Für den speziellen Hebammenunterricht sind also diese Belehrungen in den ersten Wochen wertlos und vor allen Dingen ist ja immer die Voraussetzung, daß nicht schlecht befähigte Personen der Anstalt überwiesen wurden. Hierfür fehlt uns aber gerade die richtige Prüfungsinstanz. Der einzig richtige Weg scheint mir zu sein, daß die Aspirantin, die nicht durch die gleich von mir zu erwähnenden Schulzeugnisse einen klaren Verstand und eine gute Auffassungsgabe nachzuweisen vermag, sich **vor** dem Eintritt in die Anstalt solchen Elementarunterricht verschafft, damit sie die Aufnahmeprüfung, die natürlich vor Schulmännern und nicht vor Medizinern abzulegen wäre, bestehen kann. Befreit von einer besonderen Aufnahmeprüfung können nur solche Personen werden, die die gute und erfolgreiche Absolvierung einer 7klassigen Volksschule oder entsprechenden Klasse einer mittleren Schule (Bürger-, Mittel- oder höheren Mädchenschule) durch Zeugnis nachweisen können. Diese Anforderung stellt meiner Meinung nach das Minimum dar und es ist zweifellos, daß eine bessere Vorbildung wünschenswert ist. So komme ich nach vorstehenden Ausführungen zu diesen Thesen:

1. Es kann nicht Aufgabe der Kreisärzte sein, die geistigen Fähigkeiten der Hebammenaspirantinnen zu prüfen.

2. Der Befähigungsnachweis zum Besuche einer Hebammenschule muß durch ein Schulzeugnis oder durch eine vor Schulmännern abzulegende Prüfung erbracht werden.

3. Zunächst mag als ein genügendes Schulzeugnis gelten der Nachweis, daß eine 7klassige Volksschule oder die entsprechende Klasse einer mittleren Schule mit gutem Erfolge absolviert ist.

4. Die Behörde, der die Hebammenschule unterstellt ist, muß auch Einfluß auf die zu stellenden Aufnahmebedingungen ausüben können. Eine Verstaatlichung der Hebammenschulen ist aus diesem Grunde wünschenswert.

Osnabrück, Anfang Januar 1908.

Bücherbesprechungen.

K. A. Herzfeld: Praktische Geburtshilfe für Studierende und Ärzte. In zwanzig Vorlesungen. Wien, F. Deuticke, 1907.

Die zweite Auflage dieses Buches, welches sich während seines neunjährigen Bestandes eine große Anzahl von Freunden erworben hat, ist Hofrat Chrobak gewidmet. Die klare Schreibweise, welche dem Anfänger manches sonst schwer faßliche Kapitel, wie die Eieinbettung, die Entwicklung der Eihäute, den Geburtsmechanismus u. a. m., leicht verständlich gestaltet, dann die eingehende Beschreibung der typischen operativen Eingriffe, wobei manches, das als scheinbar unwesentlich oft übergangen wird, für die Praxis aber außerordentlich wichtig ist, gebührend hervorgehoben ist, und schließlich der Umstand, daß nicht nur das für die Praxis Notwendige, sondern eigentlich alles, was in ein Lehrbuch der Geburtshilfe gehört, leichtfaßlich und in knapper Kürze gesagt wird, ohne hierdurch lückenhaft oder repetitoriumähnlich zu werden, so daß das ganze Fach in kaum 500 Seiten wiedergegeben ist, machen das Werk sowohl zu einem sehr guten Leitfaden für den Studenten als auch zu einem Ratgeber für den praktischen Arzt. Leider wird gerade letzterer nur schwer und nur bei genauer Kenntnis des Werkes dasselbe als Nachschlagebuch benutzen können, da ein alphabetisches Register demselben nicht beigegeben ist.

Bei einigen Ausführungen dürfte Herzfeld auf Widerspruch stoßen, so z. B. bei der Behandlung der Gebärmutterumstülpung, bei welcher es heißt, vor der Reinversion sei die noch haftende Plazenta zu lösen, oder bei den Indikationen für die Einleitung des Abortus, wobei gesagt wird, daß die Lungentuberkulose der Mutter mit Unrecht als Anzeige für die künstliche Fehlgeburt angesehen wurde. Doch dies sind subjektive Anschauungen des Verfassers, die der Güte des Buches keinen Eintrag machen.

Bucura.

Dr. Konst. Bucura, Beiträge zur inneren Funktion des weiblichen Genitales. (Aus der Klinik Chrobak.) Zeitschrift für Heilkunde, 1907, Bd. XXVIII, H. 9.

Nach einem Überblick, in welcher Weise sich die Lehre von der inneren Funktion — Bucura hält diesen Ausdruck für weniger präjudizierend, als Sekretion — entwickelt hat, sowie nach einer Besprechung der bisherigen Versuche mit Ovarin bringt der Verfasser seine eigenen einschlägigen Versuche; er verwendete hierzu Eierstocksubstanzen von Rindern, Schweinen, Feldhasen, Kaninchen und von Kühen. Nach Injektion von artfremdem Ovarialextrakt zeigte sich eine ausgesprochene Schädigung des Follikelapparates der Eierstöcke; diese Schädigung ist schon nach wenigen Injektionen ausgesprochen, erreicht nach zirka 1 Woche den Höhepunkt und nimmt dann wieder ab.

Nach der Meinung des Verfassers ist dies so zu erklären, daß das injizierte artfremde Ovarin anfangs spezifisch toxisch auf die Follikel wirkt und daß später durch Bildung eines Antikörpers die Wirkung des eingespritzten Toxins paralysiert wird. Bei kastrierten Tieren hält die Ovarineinspritzung die Atrophie des Uterus, die sich aber in einigen Punkten von der einfachen Kastrationsatrophie unterscheidet, nicht auf.

Aus den vielfachen Transplantationsversuchen ist hervorzuheben, daß infolge der gelungenen Überpflanzung eines Meerschweinchenovars auf ein kastriertes Kaninchen nach 51 Tagen der Uterus keine Atrophie zeigte.

Ein auf ein kastriertes Kaninchenweibchen implantierter Hoden wies nach 58 Tagen gut erhaltene Hodenkanälchen mit Spermatozoen auf. Hierbei wurde konstatiert, daß die gewöhnliche Gewichtszunahme nach Kastration scheinbar unter dem Einfluß des implantierten Hodens geringer sei.

Bucura hat auch Versuche gemacht, ob vielleicht das Parovarium, welches nach der Geburt sich fortentwickelt, in der Gravidität anscheinend hypertrophiert und im Alter sich rückbildet, auch ein Organ mit innerer Funktion sei.

Die Atrophie des Uterus nach isolierter Entfernung des Ovariums unter Belassung des Parovariums unterscheidet sich von der gewöhnlichen Kastrationsatrophie, indem hierbei auch das Bindegewebe der Papillen atrophisch ist, aber außerdem einen ganz enormen Zellreichtum aufweist.

In einem eigenen Kapitel berichtet Bucura über 9 Fälle von Osteomalazie: die histologische Untersuchung von Eierstöcken, welche osteomalazischen Frauen entfernt worden waren, ergab keine typischen Veränderungen; trotzdem ist aber an dem Zusammenhang der Osteomalazie mit dem Ovarium festzuhalten, wenn auch die Möglichkeit besteht, daß vielleicht auch andere Drüsen mit innerer Funktion irgendwie bei dieser Erkrankung eine Rolle spielen. A. Foges (Wien).

Dr. W. Rosenfeld, Bericht der „Lucina" über das Vereinsjahr 1907.

Der Bericht gedenkt des verstorbenen Leiters Dr. Bosse mit warmen Worten. Es wurden aufgenommen 117 Schwangere, 436 Kreißende, 4 halb oder ganz Entbundene. Die sozialen Verhältnisse der Aufgenommenen sind tabellarisch vermerkt. Die Operationsziffer beträgt 11·8%. Von 532 Wöchnerinnen waren 494 fieberfrei. 3 Todesfälle zu spät in die Anstalt gebrachter Frauen. F.

Otfried O. Fellner, Die Therapie der Wiener Spezialärzte. Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien 1908.

Die Idee, welche diesem originellen Nachschlagebuch zugrunde liegt, jeden Autor dasjenige Kapitel bearbeiten zu lassen, mit welchem er sich theoretisch und praktisch besonders befaßt hat, war gewiß eine glückliche. Es liegt uns ein ziemlich getreues Spiegelbild der therapeutischen Anschauungen der Wiener Spezialisten vor und das Verzeichnis der Mitarbeiter, worunter viele Namen von Weltruf figurieren, beweist, daß des Herausgebers Idee auch unter den Wiener Spezialisten Anklang gefunden hat. In alphabetischer Reihenfolge erscheinen die wichtigsten Krankheitstypen aller Spezialgebiete und die kurze, überraschend prägnante Bearbeitung der oft schwer unter Raumbeschränkung darzulegenden therapeutischen Daten weist uns manchen meisterhaft verfaßten klinisch-therapeutischen Abriß auf. Ein Anhang über physikalische Therapie sowie ein sehr fleißig bearbeitetes Register erhöhen den Wert des Werkes. Weiteren Auflagen wird es vorbehalten sein, die Zahl der bearbeiteten Krankheitsbilder zu vermehren und zu vervollständigen.

O. v. Hovorka und A. Kronfeld, Vergleichende Volksmedizin. 1. Lieferung. Strecker & Schröder, Stuttgart 1908.

Die als Probeheft eben zur Versendung gelangte erste Lieferung der vergleichenden Volksmedizin zeigt dem Leser an, welch großes Vergnügen ihm das Werk, wenn es erst zur Gänze erschienen sein wird, bereiten wird. Aus der Inhaltsübersicht geht hervor, daß jeder Disziplin ein spezielles Kapitel gewidmet ist, wobei die Geburtshilfe und Gynaekologie mit besonderer Liebe bearbeitet zu sein scheinen. Vortreffliche Reproduktionen alter Gemälde, die sich auf die Medizin beziehen, sowie Abbildungen der in der Volksmedizin eine Rolle spielenden Objekte beleben den Text und erleichtern sein Verständnis. Die Autoren haben sich ein gewaltiges Stück Arbeit auferlegt und wir sehen mit Spannung den weiteren Lieferungen entgegen. Liegt erst mehr vor, so soll an dieser Stelle darüber berichtet werden. Krause (Berlin).

Sammelreferate.

Physiologie der Geburt und Geburtsmechanismus.

Von Privatdozent Dr. **Alfred Labhardt** in Basel, Oberassistenzarzt der Frauenklinik.

1. A. Mueller, **Über die wechselseitigen Beziehungen zwischen Kopfform und Geburtsmechanismus.** Arch. f. Gyn., LXXXVII.

2. Stumpf, **Beitrag zur Kenntnis der Beeinflussung der Kopfform durch die Geburtsvorgänge.** Arch. f. Gyn., LXXXII.

3. J. Berthaut, **Les déformations craniennes de la tête du foetus dans les accouchements spontanés à travers les bassins normaux.** Arch. gén. de méd., 1907, Nr. 4 u. 5.

4. Heil, **Zur Physiologie und Diätetik der Nachgeburtsperiode.** Arch. f. Gyn., LXXXI, H. 1.

5. Calmels, **Signes du décollement placentaire pendant la délivrance.** Thèse. Toulouse 1906.

6. Czyżewicz jun., **Die Gesetze der Physik als Grundlage des Verhaltens der Geschlechtsorgane des Weibes während der Schwangerschaft und Geburt.** Monatschr. f. Geburtshilfe u. Gyn., XXV.

7. Sellheim, **Die Erleichterung der Geburt durch Hängelage.** Hegars Beiträge zur Geburtshilfe u. Gyn., XI, H. 2.

8. Zacharias, **Über Nasenuntersuchungen an Schwangeren, Gebärenden und Wöchnerinnen.** Med. Klinik, 1907, Nr. 3.

9. Sénellard, **De la durée du travail dans ses rapports avec le poids de l'enfant et le terme de la grossesse chez les primipares.** Thèse de Paris, 1906.

Nach Mueller (1) dürfen die häufigsten und deshalb am genauesten bekannten Kopflagen nicht allein anerkannt werden, sondern es sind alle mechanisch möglichen Lagen bei wissenschaftlichen Bearbeitungen beizuziehen. Es sind nach der Haltung des Kopfes 5 verschiedene Kopflagen zu unterscheiden: Positio occipitalis, verticalis, sincipitalis, frontalis und facialis. Sie entstehen durch mehr oder weniger starke Beugung und Streckung des Kopfes, an der sich auch die Wirbelsäule beteiligt. Je nach der Stellung des Rückens hat jede der Lagen verschiedene Unterarten.

Mueller legt sich folgende Fragen vor:

1. Kann eine schon vorhandene, ererbte oder intrauterin erworbene Kopfform von Einfluß auf die Einstellung des Kopfes in den Beckeneingang bei Beginn der Geburt sein?

2. Kann die Einstellung des Kopfes und der hierdurch bedingte Durchtrittsmechanismus von Einfluß auf die Konfiguration des Kopfes sein?

3. Kann die in den oberen Beckenabschnitten beim Eintritt in den Beckenring und in die Beckenenge erworbene oder eventuell vorher vorhanden gewesene Kopfform von Einfluß auf den Geburtsmechanismus, speziell den Austrittsmechanismus des Kopfes und auf dabei eventuell auftretende Verletzungen sein?

4. Kann die Kopfform der Erwachsenen noch die Folge der Konfiguration unter der Geburt sein?

Als Grundlage für die Beantwortung dieser Fragen dienen nicht Messungen, sondern besser die Betrachtung von Profilzeichnungen und Formentypen. Der gleichen Ansicht sind auch die Anthropologen; mit einiger Reserve können ihre Anschauungen auch für den Geburtshelfer gelten.

Es ist anzunehmen, daß es intrauterin schon eine ererbte Kopfform gibt (Rüdinger); außerdem können auch intrauterin wirkende Faktoren die Kopfform beeinflussen (Druckwirkung, Wachstumsanomalien). Diese intrauterine Kopfform kann, wenn sie ausgesprochen ist, zu verschiedenen Einstellungen des Kopfes sub partu disponieren (Dolichokephalie zu Gesichtslage, Brachykephalie zu Mittelscheitel- und Vorderhauptlage). Weiterhin beweist Mueller an Hand der Profilansichten, daß die Kopfeinstellung von wesentlicher Bedeutung für den Geburtsmechanismus in den verschiedenen Fällen ist.

Weiterhin werden (im Gegensatz und als Ergänzung zur experimentellen Methode von Sellheim) nach dem Prinzipe des Vergleiches die Geburtsmechanismen bei den verschiedenen Kopflagen nebeneinander gestellt. Aus der Vergleichung ergibt sich, daß der Kopf das Becken in Form eines Ovoids von ca. 12—13 *cm* Längendurchmesser, 7—9 *cm* sagittalem Durchmesser und 8—9 *cm* Breitendurchmesser passiert. Hat der Kopf diese Form nicht von Beginn der Geburt, so wird sie ihm durch die einschnürenden Weichteile und das Becken aufgezwungen (exzept. Stirnlage). Das Ovoid des Kopfes dreht sich unter der Geburt so, daß die Längsachse mit der Achse des Geburtskanals zusammenfällt; am meisten macht sich hierbei der Einfluß der Knochen, Bänder und

des ungedehnten Beckenbodens geltend, während die Weichteile des Geburtskanales keine nennenswerte Einwirkung haben.

Die Umhebelung erfolgt früher, wenn der Stiel des Ovoids (Wirbelsäule) nach vorn an dem Ovoid eingesetzt ist: dorso-anteriore Hirnschädellagen und dorso-posteriore Gesichtsschädellagen. Sie erfolgt erst spät, wenn der Stiel dem Ovoide hinten eingesetzt ist: dorso-posteriore Hirnschädellage, dorso-anteriore Gesichtsschädellagen. In den letzteren Fällen mit tiefer Umhebelung ist der Damm mehr gefährdet sowie auch dann, wenn der Schambogen spitz ist.

Resümiert sind die eingangs gestellten Fragen wie folgt zu beantworten:

1. Vor der Geburt vorhandene hochgradige Dolichokephalie und Brachykephalie kann je zu verschiedenen Einstellungen des Kopfes sub partu disponieren.

2. Die Einstellung des Kopfes bewirkt im Verlaufe der Geburt eine für jede Lage charakteristische, typische Kopfform (Konfiguration).

3. Die den verschiedenen Lagen zukommende Kopfform bewirkt die für jede Lage charakteristische, jeweils günstigste Art des Austrittsmechanismus.

4. Die den typischen Konfigurationen ähnelnden Kopfformen Erwachsener dürften meist nicht als erhaltene Konfiguration, sondern als ererbt oder durch länger dauernde intra- oder extrauterine Einflüsse erworben anzusehen sein.

Entgegen den Ansichten der Lehrbücher ist nach Stumpf (2) die Art der Umformung des Kopfes bei den verschiedenen Kindeslagen nicht stets die gleiche, einem bestimmten Schema entsprechende, sondern sie ist bei derselben Lage eine variable, vom Geburtsmechanismus und von der Dauer der Geburt abhängige.

Die pränatale Kopfform stimmt mit derjenigen überein, die nach Verschwinden der Geburtsumformung, d. h. nach 7—8 Tagen zurückbleibt. Um also den Grad der Umformung zu bestimmen, braucht man nur den kindlichen Schädel gleich nach der Geburt und nach 8 Tagen zu messen und die Resultate zu vergleichen.

Zur Messung wurde ein 2 *mm* dicker Bleidraht in verschiedenen Ebenen um den Kopf gelegt und die erhaltenen Konturen auf Papier aufgetragen. Die Kontrolle der Durchmesser geschah mit dem Tasterzirkel. Die Länge der einzelnen Umfänge wurde an dem wieder gerade gebogenen Draht gemessen.

Dabei ergab sich für die Schädellagen, daß in der Mehrzahl der Fälle der suboccipito-bregmatikale Umfang eine stärkere Kompression erfährt als der suboccipitofrontale; die erstere ist also meist (in ca. $^2/_3$ der Fälle) die funktionierende Kopfebene. Die Beugung des Kopfes muß also schon früh geschehen. Die während der Geburt stattfindende Kompression des suboccipito-bregmatikalen Umfanges findet besonders im sagittalen Durchmesser ihren Ausdruck.

Die Umformung ist bei Erstgebärenden eine stärkere als bei Mehrgebärenden; außerdem wirken aber noch andere Faktoren mit, die im einzelnen Falle den Grad und auch eventuell den Sitz der größten Umformung beeinflussen: die Größe des Kindes, die Dauer der Geburt und namentlich die individuelle Konfigurationsfähigkeit des kindlichen Kopfes. Es ergibt sich außerdem, daß lediglich die Weichteile des Geburtskanales die Konfiguration bedingen.

Weiterhin bestimmte Stumpf die Beeinflussung des Schädelprofils durch die Geburt, wobei besonders eine Umformung des Hinterhauptes beobachtet wurde; diese Umformung ist in den einzelnen Fällen durchaus nicht gleichartig, sondern sehr mannigfach. Zwei Typen sind auseinander zu halten: die Verlängerung im Gnathion-Lambdapunkt und im Gnathion-Extremum und die seltener zu beobachtende Verkürzung dieser Durchmesser unter der Geburt. Im ersteren Falle hat man es mit einer frühen, im letzteren offenbar

mit einer späten Beugung zu tun. Auch hieraus ergibt sich eine reiche Mannigfaltigkeit der verschiedenen Möglichkeiten, so daß durchaus nicht immer der Kopf gesetzmäßig in derselben Weise umgeformt wird. Was die Vorderscheitelstellung anbelangt, so wurde aus der Messung mehrerer antero-posteriorer Durchmesser (von der Protuberantia occipitalis zum Bregma, zur Stirn, zur Nasenwurzel) geschlossen, daß in einem Teil der Fälle ein ungünstigerer Mechanismus (mit Anstemmen der Stirn an den unteren Symphysenrand), in einem anderen Teil ein günstigerer (Anstemmen des Bregma) und in einem dritten Teil Mischformen des Mechanismus vorkommen.

Bei Gesichtslage ist die Umformung viel gleichmäßiger, weil der Mechanismus konstanter ist: die größte Umformung erfährt das Planum hypobregmaticum, dann das Planum suboccipito-bregmaticum, einhergehend mit einer Verlängerung der Längsdurchmesser der Schädel. Bei Beckenendlage ist entgegen den bisherigen Anschauungen auch eine meist deutliche Umformung des Kopfes unter der Geburt zu konstatieren im Sinne einer Abflachung des Hinterhauptes, das einen Druck in der Richtung gegen das Gesicht oder die Stirne erfahren haben mußte; die Umformung ist in den einzelnen Fällen nicht gleichmäßig. Welche Umstände jeweilen die Umformung bedingen, ist nicht mit Sicherheit zu entscheiden; die Extraktionsmanipulationen scheinen einen gewissen Einfluß zu haben. (Die Arbeit ist mit Profilzeichnungen der Schädel bei den verschiedenen Haltungen versehen, welche die Differenz zwischen dem Zeitpunkt nach der Geburt und nach 8 Tagen veranschaulichen.)

Nach Berthaut (3) erfährt der Kopf während der Geburt durch ein normales Becken Veränderungen, die er nicht (wie Barnes meint) fürs ganze Leben behält, sondern nach einigen Tagen wieder verliert. Diese Konfiguration zeigt sich in einer Asymmetrie des Schädels bei Hinterhauptlagen: diese Asymmetrie ist bedingt durch Abplattung der einen Parietalgegend und durch die Verschiebung des einen der beiden Parietalhöcker. Diese Veränderungen sind tatsächlich durch den Durchgang durch das Becken bedingt und nicht etwa vor der Geburt schon vorhanden, was aus Untersuchungen von Kaiserschnittkindern hervorgeht.

Nach den Untersuchungen von Dohrn ist die Asymmetrie durch eine Abplattung des hinteren Parietales und durch eine Verschiebung des hinteren Scheitelbeinhöckers in der Richtung nach der Stirne hin bedingt. Nach den exakteren und täglich wiederholten Messungen von Labat betrifft aber die Abplattung das vordere Scheitelbein und dessen Höcker soll in der Richtung nach dem Hinterhaupt verschoben sein. Außerdem findet noch eine vertikale Verschiebung statt, indem immer das eine der Tubera parietalia tiefer steht als das andere. Durch Herstellung von Abgüssen konnte Berthaut schon im Jahre 1881 die Ergebnisse der Labatschen Messungen bestätigen.

Nun fragt es sich, wie die Deformation entsteht; nach Dohrn bedingt das Promontorium die Abplattung des Scheitelbeines. Dagegen ist Barnes der Ansicht, daß die Deformation, sei sie nun am vorderen oder hinteren Scheitelbein, nicht im Beckeneingang entstehen kann, denn Labat wies am Kopfe des Kindes einer verstorbenen I-para (Eklampsie) nach, daß keine Asymmetrie vorhanden war, trotzdem der Kopf schon in der Beckenhöhle steckte. Es muß also die Asymmetrie während der inneren Rotation oder während des Durchschneidens entstehen. Letzteres ist ausgeschlossen, da sonst beide Parietalia abgeplattet sein müßten, also bleibt nur die Möglichkeit, daß die Abplattung bei Gelegenheit der Rotation entsteht; tatsächlich fehlt sie bei kurzdauernder Rotation und ist sehr ausgeprägt bei langer Dauer derselben. Die Deformation geschieht dadurch, daß das eine Scheitelbein gegen den entsprechenden Schenkel des Schambogens anstößt; aus dem Sitz der Deformation, rechts oder links,

kann nachträglich die Diagnose der Kindeslage gestellt werden. Ist der rechte Scheitelbeinhöcker nach hinten verschoben, so war es eine I-Stellung und umgekehrt. Nur in seltenen Fällen kann eine Abplattung des Scheitelbeines auch im Beckeneingang schon entstehen (bei langdauernder Eröffnung).

Geht man die Geburtsmechanismen und die Schädelformationen bei den verschiedenen Kopflagen durch, so zeigt sich deutlich, daß die beschriebene Deformation der Parietalia bei den Hinterhauptslagen am deutlichsten ausgeprägt ist. Sie hilft den Rotationsmechanismus erklären und ermöglicht auch nachträglich noch die Diagnose der Stellung des Kindes. —

In den meisten Fällen und nach Ansicht der meisten Autoren ist zirka 15 Minuten nach der Geburt die Plazenta exprimierbar, deshalb aber noch nicht „expressionsreif". Dies ist sie erst nach zirka $^1/_2$ Stunde, wenn sie in der Vagina (resp. Kollum) liegt und auch die Lösung der Eihäute vollendet ist. Nun betont Heil (4) die Wichtigkeit von Zeichen dafür, daß die Plazenta den Uteruskörper verlassen hat. Beim Durchgehen der verschiedenen von den Autoren aufgezählten Zeichen für das erfolgte Tiefertreten der Plazenta findet man eine außerordentlich verschiedene Bewertung der einzelnen. Als ein sehr zuverlässiges Zeichen kann nach Ahlfeld die Verlängerung der Nabelschnur um 12—16 *cm* gelten; das Heraufsteigen des Fundus, die größere Beweglichkeit des Korpus, die neue, gleich über die Symphyse sich hervorwölbende weiche kugelige Resistenz (Plazenta in Vagina) und die zwischen dieser Ausbuchtung und dem Kontraktionsring bemerkbare Furche, ferner das Gefühl sich ablösender Zotten, der Blutabgang aus den Geschlechtsteilen, endlich das Verhalten der Nabelvene und die eventuelle Fluktuationswelle in derselben — alle diese Zeichen sind nicht absolut zuverlässig. Die antero-posteriore Abplattung des Uterus ist von den Autoren meist nicht in genügender Weise beachtet worden und da Heil glaubt, aus der Formveränderung des Uterus Schlüsse auf den Stand der Plazenta ziehen zu können, hat er diesem Umstand besondere Beachtung geschenkt; er verfügt über diesbezügliche Notizen bei 120 fortlaufend beobachteten spontanen und operativ beendeten Geburtsfällen. Bei diesen Frauen kontrollierte er durch leichtes Betasten (ohne Druck) in Zeitabständen von zirka 5 Minuten von der Geburt des Kindes an den Uterus. Sobald die Abplattung deutlich war, wurde die Expression der Plazenta versucht; gelang sie nicht, so wurde abgewartet.

Dabei zeigte sich nun zunächst, daß die antero-posteriore Abplattung nur an dem nicht kontrahierten Uterus deutlich nachzuweisen war; in der Nachwehe und im Zustand der Dauerkontraktion ist der Uterus rundlich, kugelig.

Was die Resultate der Beobachtungen betrifft, so konnte die Abplattung in 3·3% der Fälle nicht nachgewiesen werden, in 10% war sie undeutlich und in 86·7% deutlich. Die Abplattung trat in 90 von 104 Fällen in der ersten Viertelstunde ein. In 88·4% der Fälle gelang die sogleich nach konstatierter Abplattung angeschlossene Expression leicht. Mißlingt sie, so ist der Schulzesche Mechanismus oder die Kontraktion des Muttermundes daran schuld. Verspätete, d. h. nach 20 Minuten auftretende Abplattung ließ sich meist auf schon unter der Geburt vorhandene Wehenschwäche beziehen. Undeutliche und ausbleibende Abplattung lassen sich fast immer auf Verlaufsanomalien der Nachgeburtsperiode beziehen.

Wenn nach längstens 20 Minuten die Plazenta exprimierbar war, so war sie deshalb noch nicht immer expressionsreif, denn in 17·4% der Fälle waren die Eihäute noch leicht adhärent, konnten aber doch leicht durch drehenden Zug entfernt werden.

Bezüglich des zeitlichen Eintrittes der Abplattung zeigten sich zwischen Erst- und Mehrgebärenden keine nennenswerten Unterschiede, ebenso auch nicht zwischen Spontangeburten und operativen Entbindungen.

Entsprechend diesen Beobachtungen empfiehlt Heil, nach $^1/_4$ Stunde den Uterus zu kontrollieren — meist wird die Abplattung vorhanden sein. $^1/_2$ Stunde post partum läßt sich die Plazenta leicht exprimieren. Die Abplattung ist ein deutliches Zeichen des erfolgten Hinabsteigens der Plazenta.

Calmels (5) bespricht ebenfalls die Zeichen, an denen wir den Fortschritt der Plazentarausstoßung erkennen: äußere Untersuchung, innere Untersuchung, Auskultation, Perkussion (Straßmanns Perkussionswelle in der Nabelvene). Diese erwähnten Zeichen sind nicht immer sicher; das einzig Sichere, die innere Untersuchung, ist für die Frau unangenehm und nicht ungefährlich. Daher suchte Calmels nach anderen zuverlässigen Zeichen. Solche glaubt er nach seinen Erfahrungen bei 60 Fällen im spontanen Tieferrücken der Nabelschnur und im zeitweiligen Stillstehen derselben bei leichtem Druck auf den Uterus gefunden zu haben. Seine Diagnosen wurden durch die Messung der Uterushöhe und namentlich durch die innere digitale Untersuchung kontrolliert.

Die Verlängerung der Nabelschnur wurde durch Anlegen einer Michelschen Klammer an die vor der Vulva befindliche Partie der Nabelschnur zirka alle 5 Minuten festgestellt. Dabei zeigte sich, daß bei einem Tiefertreten der Nabelschnur um 8 oder 9 *cm* aus der Vulva die Plazenta von ihrer Haftfläche losgelöst ist; ist sie um 12 oder 13 *cm* tiefer getreten, so ist die Plazenta aus dem Uterus heraus und die Eihäute sind wohl abgelöst.

Übt man etwa alle 5 Minuten auf den Fundus einen leichten Druck aus, so wird anfänglich beim Druck die Nabelschnur etwas tiefer treten; tritt sie auf den gleichen Druck nicht mehr tiefer, so haften die Eihäute noch und verhindern die Plazenta am Heruntertreten. Sind die Eihäute los, so wird auf den Druck auch die Nabelschnur wieder tiefer kommen.

Zum Studium des Verhaltens der Geschlechtsorgane während Schwangerschaft und Geburt benützt Czyżewicz (6) die genauen klinischen Untersuchungsergebnisse durch mehrere Untersucher (um die individuellen Fehler auszuschalten), verglichen mit den Photographien von Gefrierschnitten. Er schildert die Topographie der Gebärmutter und ihrer einzelnen Teile während der Gravidität und dann während der Geburt, sowohl bei Erst- als bei Mehrgebärenden. Die Schilderung der erhobenen Befunde entspricht im wesentlichen dem Bekannten. Nun sucht aber Czyżewicz weiterhin die geschilderten Veränderungen in der Schwangerschaft und unter der Geburt zu erklären. Sie sind größtenteils bedingt durch die Tätigkeit der in 3 Schichten angeordneten Muskulatur; die äußere Schicht bildet eine Haube; die mittlere ist anfänglich ringsum gleichmäßig verteilt, in der späteren Schwangerschaftszeit und unter der Geburt bildet sie ebenfalls eine Haube; die innere wird von Sphinkteren gebildet. Es wird weiterhin der Effekt der Wehentätigkeit in den einzelnen Phasen der Schwangerschaft und Geburt besprochen; unter der Geburt spielt namentlich die mittlere zur Haube gewordene Muskelschicht eine Rolle, indem sie das Ei herauspreßt. Die sämtlichen topographischen Veränderungen an der Gebärmutter in der Gravidität und der Geburt lassen sich auf die Wehentätigkeit oder auf das Parallelogramm der Kräfte, das aus ihr resultiert, zurückführen.

Gestützt werden diese Ausführungen durch die Abweichungen, die unter bestimmten pathologischen Bedingungen (fixierte Retroflexio) entstehen, wo die Kräfte in anderer Richtung wirken; eine weitere Stütze bildet der Mechanismus der Gebärmutterrisse. Die gleichen Kräfte sind auch bei Aborten und Frühgeburten tätig.

Sellheim (7) will durch Hängelage die Geburt erleichtern. Bringt man eine Frau in Hängelage, so erfährt das Kreuzbein eine Drehung um seine quere Achse, das Promontorium entfernt sich von der Symphyse, die Spitze des Kreuzbeines nähert sich aber dem unteren Symphysenrand um ca. 1 *cm*. Dadurch werden die Weichteile des Beckenbodens erschlafft, der gespannte Damm z. B. wird wieder schlaff. Dadurch wird der Austritt des Kindes erleichtert. Die Kreißende ist in Hängelage zu bringen, wenn der Kopf den Damm stark vordrängt. Zur Herstellung der Hängelage wird in Freiburg ein Gebärbett benützt, an dem mittelst einer Kurbel der dem Kreuze unterliegende Abschnitt der Matratze gehoben wird. Im Privathaus hilft man sich mit untergeschobenen Polstern oder mit dem Querbett. Durch die Hängelage wird der Austritt des Kopfes erleichtert, die Dammverletzungen werden geringer.

Zacharias (8) prüfte die Beobachtungen von H. W. Freund bezüglich der Nasenveränderungen im puerperalen Zustande nach. Er fand bei 85% von 100 Schwangeren intranasale Alteration vor (Hyperämie, Schwellung besonders der unteren Muschel). Diese Veränderungen fand er im Beginne der Geburt deutlicher ausgeprägt als in der Schwangerschaft. Unter der Geburt wurden 34 Frauen rhinoskopiert; im Gegensatz zu Freund fand Zacharias während (nicht vor) der Wehe nur sehr geringfügige und nicht, konstante (1/3 der Fälle) Veränderungen des rhinoskopischen Bildes (leichtes Anschwellen des äußersten Randes der unteren Muschel mit Zunahme der Injektion). Die Sekretion der Nasenschleimhaut war während der Geburt deutlich vermehrt.

An Hand einer Statistik, die sich über 4702 Geburten erstreckte, zeigt Sénellard (9), daß im 7., 8. und 9. (Kalender-)Monat die Geburtsdauer mit dem Gewicht des Kindes wächst. Am Termin ist bei schweren Kindern (über 3400 *g*) besonders die Eröffnungsperiode verlängert; bei mittleren und kleinen Kindern macht sich das Gewicht besonders in einem Einfluß auf die Austreibungsperiode geltend. Im 8. und 9. Monat wirkt das Gewicht des Kindes gleichmäßig auf die Dauer der beiden Geburtsperioden. Die ungefähre Geburtsdauer am Termin (Kind 3250 *g*) schwankt zwischen 12 und 13 Stunden; die durchschnittliche Austreibungszeit dauert 1 Stunde. Mit 8 Monaten (Kind 2550 *g*) dauert die Geburt 12 Stunden, die Austreibung 35 Minuten. Mit 7 Monaten (Kind 1850 *g*) dauert die Geburt 11 Stunden 40 Minuten. Die Austreibung 20 Minuten. Also ist bei der Gewichtsabnahme in den letzten 2—3 Monaten besonders die Austreibungszeit verkürzt.

Mißbildungen der weiblichen Genitalien.

Von Dr. **Otfried O. Fellner,** Frauenarzt in Wien.

1. Amann: Gynaekol. Gesellsch. München.
2. H. Bal: **Über Duplicitas Tubae Fallopii und ihre entwicklungsgeschichtliche Bedeutung.** (Arch. f. Gyn., Bd. LXXVIII.)
3. A. Boni: **Fibromyomi nei difetti di conformazione dell' utero.** (Arch. ital. di Ginecol., 1.)
4. Boston: **Fehlen des Uterus.** (Lancet, 4349.)
5. Bottaro: **Mißbildung des Uterushalses.** (Rev. méd. de Uruguay, März.)
6. Brown: **Schwangerschaft im Uterus bicornis.** (Surgery, Februar.)
7. Bunge: **Defekt der inneren Genitalien.** (Gesellsch. f. Geburtsh., Jänner.)
8. Caturanni: **Utero unicolle subseptus.** (Arch. ital. di Ginecol., IX.)
9. M. Chaput: **Beitrag zum Studium der Torsion einer Hämatosalpinx bei kongenitaler Atresia vaginalis.** (Rev. de gyn. et de chir. abdom., 6.)

10. M. Cealic: **Beitrag zum Studium der Schwangerschaft im Uterus bicornis.** (Revista de chir., 3.)
11. D. J. Cranwell: **Ein Fall von angeborenem Hydrokolpos.** (Rev. de gyn. et de chir. abdom., IX, 4.)
12. Delétrez: **Hämatokolpos mit Hämatometra.** (Ann. de gynéc.)
13. Doran: **Schwangerschaft im Horn.** (Journ. of obstetr., Juni.)
14. Forger: Edinb. obstetr. Soc., Februar.
15. C. Ferrani: **Sviluppo e complicanze ostetriche nell' utero bicorne a logge placentare e fetale.** (Arch. ital. di Ginecol., IX.)
16. H. W. Freund: **Uterus unicollis bicornis von einem 20jährigen Mädchen.** (Naturforscherversammlung Stuttgart.)
17. R. Freund: **Hämatometra des atretischen Nebenhornes.** (Arch. f. Gyn., Bd. LXIX, H. 2.)
18. R. Freund: **Über atretisches Nebenhorn.** (Gyn. Gesellsch. Leipzig, Februar.)
19. Fruhinholz: **Uterus bicornis und Schwangerschaft.** (Prov. Med., März.)
20. A. Fuchs: **Zur Kenntnis der Eiimplantation im rudimentären Nebenhorn des Uterus.** (Hegars Beiträge, Bd. XI.)
21. K. Heil: **Kurzer Bericht über einen Fall von Doppelmißbildung des weiblichen Genitales.** (Wiener klin. Wochenschr., 22.)
22. A. Heymann: **Heterotypischer Pseudohermaphroditismus femininus externus.** (Wiener klin. Rundschau, 29.)
23. Hoff: **Beitrag zur Histologie der Schwangerschaft im rudimentären Nebenhorn.** (Arch. f. Gyn., Bd. LXIX.)
24. Hegar: **Über Infantilismus und Hyperplasie des Uterus.** (Hegars Beiträge, Bd. X.)
25. A. Kaarsberg: Verein f. Gyn. Kopenhagen, April 1906.
26. Kermauner: Arch. f. Gyn., Bd. LXIX.
27. K. Knotz: **Ein Fall von Doppelbildung des weiblichen Genitales.** (Wiener klin. Wochenschr., 9.)
28. Latis: **Fehlen des unteren Scheidenabschnittes.** (Gazz. d. ospedali, 36.)
29. Mannheimer: **Ein Fall von Doppelbildung des Uterus.** (Hygiea, April.)
30. Newth: **Doppelter Uterus.** (Journ. of Amer. Assoc., 11.)
31. Nordentift: **Ein seltenes gynaekologisches Leiden.** (Hospitalstid., 4.)
32. G. Nyström: **Beobachtung von rudimentärem Uterus im Leistenbruch.** (Finska Läkaresällskapets Handinger, 10.)
33. Opitz: Ärztl. Verein Marburg, Februar 1907.
34. H. Paterson: **Uterus bicornis.** (Transact. of the obstetr. Soc. of London, 48.)
35. Ribbins: Niederländ. gyn. Gesellsch., Februar.
36. Rudaux: **Schwangerschaft im Uterus didelphys, Masern, Tod.** (Soc. d'obstétr. Paris, Mai.)
37. G. Schickele: **Einige Mißbildungen der Tube angeborenen und erworbenen Ursprungs.** (Hegars Beiträge, Bd. XI.)
38. Schottländer: **Uterus bicornis unicollis.** (Naturforscherversammlung Stuttgart.)
39. Schottländer: **Uterus bicornis (subseptus) unicollis cum vagina subsepta.** (Arch. f. Gyn., Bd. LXXXI.)
40. A. Semjanikow: **Ein Fall von Vagina septa.** (Shurnal akish. i shensk. bolesn., 11.)
41. Scott und Maegregor: **Zur Frage des Uterus duplex.** (Journ. of obstetr., Mai.)
42. Simon: Fränk. Gesellsch. f. Geburtsh., Mai.
43. E. Schwalbe: **Die Morphologie der Mißbildungen der Menschen und der Tiere.** (Jena 1906.)
44. F. Stähler: **Geburt bei Uterus duplex bicollis cum vagina septa.** (Zentralbl. f. Gyn., 2.)
45. Watkins: **Ruptur eines schwangeren Uterus bicornis.** (Amer. Journ. of Obstetr., Juni.)

Über einen Fall von Hämatokolpos mit Hämatometra berichtet Delétrez (12).

Ein 18jähriges Mädchen, das niemals die Menstruation gehabt hatte, litt seit 4 Jahren jeden Monat an Schmerzen in der Regio hypogastrica und in den Brüsten. Dabei bemerkte sie ein Anschwellen des Abdomens. Delétrez fand einen Hymen ohne Öffnung, im übrigen das äußere Genitale normal. Der Eingang in die Urethra war

ödematös und von Hämorrhoiden umgeben. Delétrez eröffnete durch einen vertikalen Schnitt den Hymen, doch kam kein Blut. Höher oben befand sich noch eine Membran, nach deren Eröffnung sich Blutmassen entleerten. Der Muttermund war weit eröffnet.

Eine Reihe anderer Mißbildungen beruht auf Pseudohermaphroditismus. So berichtet Amann(1) von einem 29jährigen Mädchen mit einer 2 *cm* langen, blind endigenden Vagina, Uterus fehlte. Zu beiden Seiten an der Beckenwand tastete man walzenförmige Körper, die sich bei der Operation als Hoden erwiesen. Die Knochenmaße des Beckens waren weiblich, die des übrigen Skelettes aber männlich. Zuneigung zu Frauen, also Pseudohermaphroditismus mascularis externus.

Eine Patientin Bunges(7) hatte mangelhaft entwickelte Labien. Weder vom Uterus noch von den Ovarien etwas zu tasten. Bunge faßt den Fall als Defekt der inneren Genitalien auf, nachdem die Patientin zudem sich weiblich fühlte. In der Diskussion erwähnt Blumreich einen Fall, wo in einem ähnlichen Falle Hoden in der Leistengegend tastbar waren.

Heymann (23) berichtet von einem 17 Jahre alten Gymnasiasten, welcher nach der Geburt keinen Urin lassen konnte, weshalb man eine epitheliale Verklebung der äußeren Harnröhre durch einen Nadelstich eröffnete. Er wurde dann rituell beschnitten. Mit 12 Jahren wuchsen die Brüste, mit 15 kam Blut aus der Harnröhre durch 5 Tage, und die Blutung wiederholte sich dann regelmäßig. Seine sexuellen Neigungen waren auf das weibliche Geschlecht gerichtet, doch versuchte er nur einmal den Koitus mit einem Dienstmädchen, da aber die Erektion mißlang, stand er von weiteren Versuchen ab. Seine ganze Figur ist weiblich, ebenso die Behaarung am Schamberg, der Penis ist $2^1/_2$ *cm* lang, hakenförmig gekrümmt und trägt ein schürzenförmiges Präputium. Das Skrotum ist nur angedeutet und leer. Per rectum tastet man einen Uterus mit einem walzenförmigen Körper (Scheide) und mit der in die Blase eingeführten Sonde gelangt man in diesen. Während der rektalen Untersuchung hat sich etwas Schleim aus der Urethra entleert, der aber kein Spermatozoon enthält. Es wird die Exstirpation der Eierstöcke wegen der menstruellen Beschwerden vorgenommen. Die Bildung einer Scheide lehnt die Patientin ab. Das normalgebildete rechte Ovarium und die rechte Tube sowie das atrophische linke Ovarium werden abgetragen. Heymann wirft nun die Frage auf, ob wir es rechtlich und sozial mit einem Manne zu tun haben. (Die Frage ist wohl unbedingt zu verneinen. D. Ref.)

G. Nyström(32) beschreibt zwei von ihm operierte Fälle, bei welchen die Scheide vollständig fehlte. Beide Patientinnen litten an Leistenbrüchen. Im ersten Falle trat der Bruch im 10., im zweiten im 20. Lebensjahre auf. Und während sich im ersten Falle nur der Uterus im Bruchsack befand, waren im zweiten Falle auch die Adnexe darin. Dieser Fall bestätigte, daß zunächst die mit der Gebärmutter in innigem Zusammenhange stehenden Teile des Peritoneums in den Bruchsack sinken, dann erst die Adnexe und zum Schluß die Gebärmutter.

Opitz(33) sah einen Fall von Hottentottenschürze bei einem 15jährigen Mädchen. Er trug die hypertrophierten kleinen Schamlippen und die Glans clitoridis ab.

Fehlen des unteren Drittels der Scheide, Atresie der Vulva bei gleichzeitig bestehender Kolpohämatometra stellte Latis(28) bei einem Mädchen fest, das schon wegen Syndaktylie operiert worden war.

Cranwell (11) beobachtete ein schlecht entwickeltes, einen Monat altes Mädchen mit stark aufgetriebenem Bauch und einem Tumor, der bis 2 Finger über den Nabel reichte. Fluktuation war nicht nachzuweisen. Das Perineum war gerötet, die Vulva ödematös. Cranwell versuchte zu katheterisieren, aber es mißlang. Die Vagina war

völlig verschlossen. Er inzidierte daher vom Perineum aus und entleerte 400 cm^3 klarer Flüssigkeit, worauf die Pat. sofort Stuhl und Urin entleeren konnte und der Tumor verschwand. 14 Tage darauf starb die Pat. an Pädatrophie. Hinter der Blase lag ein Tumor, welchem der Uterus und die normalen Adnexe aufsaßen. Dieser Tumor entsprach der Vagina. Uterus und Vagina bildeten eine Höhle. Der Verschluß wurde durch eine bindegewebige Wand von 1 *mm* Dicke gebildet, welche einige Millimeter über dem Hymen saß.

M. Chaput (9) berichtet über ein 20jähriges Mädchen, das seit 3 Monaten über Schmerzen im Abdomen klagte, die zeitweilig wiederkehrten. Der Hymen war geschlossen und der vergrößerte Uterus reichte bis oberhalb des Nabels. Die Diagnose lautete: Hämatokolpos mit Hämatometra. Man eröffnete den Hymen, dilatierte den Uterus und ließ das Blut ab. Da aber nach 2 Tagen unter Erhöhung der Pulszahl und der Temperatur große Schwäche auftrat, nahm Chaput die Laparotomie vor. Die rechte Tube war faustgroß, dunkelblaurot, 6mal gedreht und wies eine Perforation auf. Die linke war 5mal gedreht. Die Tuben wurden entfernt, doch starb die Pat. im Koma.

In einem zweiten Falle handelte es sich um ein 18jähriges Mädchen mit Hymenalatresie, Hämatokolpos und Hämatometra. Die Pat. klagte über starke Schmerzen im Abdomen; sie wurde per vaginam operiert, starb aber am nächsten Tage. Man fand einen Uterus bicornis und eine rechtseitige, 1mal gedrehte Hämatosalpinx.

Ribbins (35) beobachtete bei einer fünfzehnjährigen Virgo Atresia vaginae mit Hämatokolpos, Hämatometra und Hämatosalpinx. Die Pat. hatte nie menstruiert, hingegen häufig Schmerzen verspürt. Der Hymen hatte keine vaginale Öffnung. Ribbins nahm die Laparotomie vor und fand einen Uterus von der Größe eines im 3. Monat schwangeren. Diesem saßen ein größerer vaginaler Tumor rechts auf und beiderseits die kolbenförmigen Hämatosalpinges. Diese sowie das linke Ovarium werden entfernt. Nach 14 Tagen eröffnet er die Hämatokolpos von unten. Mehrere Eingriffe, um die Vagina offen zu halten, mißlingen, schließlich versucht er Lappenbildung, und am 9. Tage nach der Operation war die Vagina für den Zeigefinger durchgängig.

Knotz (27) sah eine Frau, bei welcher bei 2 Entbindungen nichts Abnormes bemerkt wurde. Nach der letzten Entbindung fiel ein wulstiger Körper vor; ein Arzt reponierte den angeblichen Vorfall und legte einen Ring ein. Knotz fand, daß der angebliche Vorfall ein fingerdicker freier Saum eines derben Septums war, der vom urethralen Ende der Columna rugarum bis in den Hymenalsaum reichte. Es fanden sich 2 Scheiden, 2 Portiones und 1 Uteruskörper. Doch war es unmöglich, die beiden eingeführten Sonden zur Berührung zu bringen. Das Septum wurde exzidiert.

Fehlen des Uterus bei drei Schwestern beobachtete Boston (4). Einen ähnlichen Fall demonstrierte Simon (42).

Einen Fall von Doppelmißbildung des weiblichen Genitales beschreibt K. Heil (21). Es bestanden ein vaginales Septum, 2 Vaginae, 2 Portiones, 2 Uteri, der rechte Uterus war gravid. Heil trug das Septum ab. Bemerkenswert ist, daß der Ehegatte keine Ahnung von der Mißbildung hatte. Im Falle von Stähler (44) waren 2 Vaginae vorhanden, die durch ein 3 *mm* dickes Septum geschieden waren. 2 Portiones, 2 Uteri, der rechte gravid; die Uteri waren durch eine Brücke verbunden.

Mannheimer (29) beschreibt eine Doppelbildung des Uterus und der Vagina mit Atresie der linken. Infolgedessen bildete sich auf dieser Seite eine Hämatokolpos, eine Hämatometra und Hämatosalpinx. Rechts fand regelmäßige Menstruation statt. Zu gleicher Zeit vergrößerte sich auch links die Geschwulst. Da die Punktion des Sackes ohne Erfolg war, wurde per laparotomiam die Exstirpation vorgenommen.

Eine 20jährige Frau Nordentifts (31) litt an purulentem, stinkendem Ausfluß. Man fand einen Uterus didelphys mit Atresie der rechtseitigen rudimentären Organe. In der Scheide befand sich Eiter, in der Tube Blut. Die Pyosalpinx wurde durch Inzision von der Scheide aus geöffnet und hierauf die rechtseitigen Adnexe durch Laparotomie entfernt. Sodann trat Heilung ein.

Rudaux (36) berichtet über eine Erstgebärende, welche am normalen Schwangerschaftsende Eruptionen von Masern auf der Brust zeigte. Die Temperatur war stark erhöht. Bei der inneren Untersuchung fand Rudaux den Uterus vornehmlich nach rechts entwickelt, das Kind tot. Er nahm Basiotrypsie vor und entfernte einen mazerierten Fötus. Nunmehr fand man neben dem Uterus einen zweiten Tumor und bei genauerer Untersuchung 2 Vaginae, 2 Uterushälse mit je einem Uterus. Der nichtgravide hatte die Größe eines 2 bis 3monatlichen. Unmittelbar nach der Geburt stieg die Temperatur hoch an und die Frau starb. Bei der Autopsie sah man ein breites peritoneales Band zwischen den beiden Uteris.

Einen einzig dastehenden Fall beschreibt Bottaro(5). Die Frau hatte eine Gonorrhöe durchgemacht, die ausgeheilt war. Der Muttermund zeigte die Form eines liegenden S. Die Konkavität der ersten Krümmung schaute nach oben und rechts, diejenige der zweiten nach unten und links. Die Frau war Nullipara und hatte keinerlei Narben. Die Portio war $1^1/_2$mal so dick als normal. Bottaro nahm die Amputation des Kollums vor. Die Erweiterung reichte bis zur Hälfte der Zervix. Jedenfalls war die Mißbildung angeborenen Ursprungs, doch wurde sie noch auffälliger durch die entzündliche Schwellung.

Hegar unterscheidet 3 verschiedene Arten der Entwicklungsstörung des Uterus: den Uterus infantilis mit gleichzeitiger Hyperplasie, den Uterus infantilis, der mehr oder weniger ausgewachsen ist, und den Uterus pubescens. Er berichtet über 30 eigene Fälle und eine große Literatur hinsichtlich der Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie.

Auf Grund von 100 Fällen der Literatur und 3 eigenen kommt Scott Macgregor zu der Ansicht, daß der Uterus duplex nicht zu einer Verringerung der Fruchtbarkeit führt und daß die Entbindung ganz leicht erfolgt, wenn das Ei nicht in einem rudimentären Horn liegt.

(Fortsetzung folgt.)

Vereinsberichte.

Geburtshilflich-gynaekologische Gesellschaft in Wien. Sitzung am 11. Juni 1907. Vorsitzender: Lott. Schriftführer: Christofoletti.

Schauta: 1. Zur Asepsis der Bauchhaut. An meiner Klinik werden schon seit längerer Zeit Versuche gemacht, die bis jetzt übliche Asepsis zu verschärfen, und zwar in demselben Sinne, wie dies überall geschieht, und haben wir zu diesem Behufe die verschiedenen Vorschläge, welche diesbezüglich, namentlich von deutscher Seite gemacht worden sind, einer Prüfung unterzogen, so das Gaudanin, welches als Schutzdecke für die Bauchhaut benützt wird. Wir haben es aber wieder verlassen, weil wir den Eindruck bekommen haben, daß es sich an den Schnitträndern abblättert, so daß daselbst die Bauchhaut wieder unbedeckt bleibt. Erst in den letzten 8—10 Wochen haben wir die Versuche mit Gaudanin infolge der allgemeinen Begeisterung, welche für dieses Mittel herrscht, wieder aufgenommen, und zwar über meine Anregung im Vereine mit bakteriologischen Untersuchungen, die ich Ihnen jetzt mitteilen sollte. Es ist eine allgemein bekannte Tatsache, daß die einfache Desinfektion, wie sie heute üblich ist, sei es, daß man sie den Tag vor der Operation oder erst am Operations-

tage oder knapp vor der Operation ins Werk setzt, wenn sie noch so exakt ausgeführt wird, nicht anhält. Es kommen eben die Bakterien aus der Tiefe der Haut, aus den Buchten und Drüsen und die Asepsis geht dann, wenn die Operation nicht eine sehr kurz dauernde ist, verloren, besonders bei Operationen, die länger als 10 Minuten dauern. Es ist nun ganz natürlich, daß man eine Schutzdecke ersinnen wollte, um das Zellgewebe und das Peritoneum vor schädlichen Einflüssen zu bewahren. Wir haben Versuche gemacht, mit Kautschuckdecken oder in entsprechender Weise mit Gazestreifen, die möglichst dicht an den Wundrand kommen, den Bauchdeckenschutz auszuführen, sahen aber wieder ein, daß diese Mittel unzulängliche sind.

Wir haben nun in der letzten Zeit Versuche mit Jodtinktur gemacht, die Bauchdecken wurden gründlich desinfiziert und mit Jodbenzin und dann mit Jodtinktur bestrichen. Um nun Vergleichsversuche mit gaudanierten Bauchdecken anzustellen, habe ich in einer größeren Zahl von Fällen — es waren derer 13 — die eine Hälfte des Bauches mit Gaudanin, die andere Hälfte mit Jodtinktur bestrichen, weil ich mir sagen mußte, daß, wenn man noch so viele Versuche macht, die Versuchsbedingungen nicht die gleichen sind. Bei verschiedenen Personen ist die Haut verschieden, sie ist verschieden bakterienhaltig. Die äußeren Bedingungen sind verschiedene in bezug auf die Luft, auf die Qualität der Operation selbst, so daß man also eine sehr große Zahl von Fällen zum Vergleich haben müßte, um zu bindenden Schlüssen zu gelangen. Und wenn man noch so viele Versuche macht, so ist dieser Einwand möglich. Deshalb eben habe ich die Versuche bei einem und demselben Individuum in der oben angegebenen Weise gemacht. Da die Resultate von Dr. Thaler publiziert werden, so beschränke ich mich heute nur auf folgendes: Während der Operation wird unmittelbar nacheinander von genau symmetrischen Stellen der Bauchhaut, sowohl von der gaudanierten als von der jodierten Hälfte, mit sterilen Pfröpfchen auf Gelatine überimpft. Da haben wir nun herausgebracht, daß hier gar kein Unterschied ist, ob man mit Gaudanin oder mit Jodtinktur bestreicht. Wir sind deshalb in neuerer Zeit zur Jodierung übergegangen. Ich zeige Ihnen hier einige Platten, welche aus einer Serie von 400 ausgewählt worden sind und wo Sie also die bakteriologischen Resultate der gaudanierten und der jodierten Haut sehen. Sie sind steril. Hie und da findet man am Ende der Operation ein paar Luftkeime. Im ganzen großen sind die Platten steril geblieben. Es genügt also vollkommen, wenn man die Bauchhaut mit Jod bestreicht. Nur ein einziger Einwand ist möglich und dieser ist auch gemacht worden. Man hat mir nämlich gesagt: Wenn Sie von der jodierten Bauchhaut mit sterilen Pfröpfchen etwas entnehmen und auf Gelatine überimpfen, so geht nichts auf, weil die Bakterien durch das Jod minder kulturfähig gemacht sind. Man weiß ja von früheren Versuchen, daß man da keine Resultate bekommt. Dieser Einwand ist wohl stichhältig vom bakteriologischen Standpunkte, nicht aber vom klinischen. Wenn Bakterien auf der Bauchhaut vorhanden sind, aber so durch Jod abgeschwächt sind, daß sie auf Gelatine und im Brutofen nicht aufgehen, so gehen sie auch am Peritoneum nicht auf. Darum ist es uns aber zu tun. Jedenfalls sind die Wachstumsverhältnisse im Brutofen besser als auf dem Peritoneum. Deshalb halte ich diesen Einwand, so berechtigt er vom bakteriologischen Standpunkte aus ist, vom klinischen Standpunkte aus für unrichtig. Ich glaube berechtigt zu sein, in der Jodierung der Bauchhaut ein verschärftes Mittel der Asepsis zu erblicken.

Was die Sterilisation der Seide betrifft, so bin ich einer der Ersten gewesen, der schon vor 11 Jahren in der ersten Auflage meines Lehrbuches darauf hingewiesen hat, daß mit der einfachen Sterilisierung der Seide bei der Bauchdeckennaht das Auslangen nicht gefunden werden könne. Ich habe darauf hingewiesen, daß bei sterilisierter Bauchhaut die Bakterien in den Drüsenbuchten stecken, daß man mit der Nadel solche ansticht und die Bakterien so in die tieferen Schichten transplantiert. Ich habe schon damals gesagt, daß die Seide das Desinfiziens in sich bergen müsse und letzteres auf diese Weise im Stichkanale nachwirkend die etwa in der Tiefe befindlichen Bakterien unschädlich zu machen imstande sei. Noch besser sind die Michelschen Klammern. Sie sind außerordentlich wertvoll, weil sie nicht tief greifen und deshalb die Infektion vom Stichkanale aus in die Tiefe ausgeschlossen ist. Wir wenden daher heute, wo es nur möglich ist, zum Verschlusse der Bauchdecken die Michelschen Klammern an. Wo die Haut dick ist, reichen dieselben aber nicht aus, da sie zu schwach sind, um die Bauchhaut zusammenzuhalten.

Ich möchte noch einige Worte über die Handschuhe sprechen: Bald nachdem Eiselsberg nach Wien gekommen war, wurde die verschärfte Asepsis eingeführt: es ist dies sein ausschließliches Verdienst. Er hat die Zwirnhandschuhe eingeführt und man war damit zufrieden. Als die bakteriologische Untersuchung einsetzte, kam man zur Einsicht, daß man dieselben öfter wechseln müsse, denn unter den Zwirnhandschuhen gibt es eine Brühe von Bakterien und wenn man den Moment versäumt, so quetscht man die Brühe aus und die Infektion kann ihren Anfang nehmen. Man muß sie daher öfters wechseln und bei schwereren Operationen von längerer Dauer kann man leicht den richtigen Moment zum Auswechseln versäumen. Wir wenden deshalb die Gummihandschuhe an. Dieselben lassen sich gut sterilisieren. Es zweifelt niemand daran, daß sie sich im Dampf gut sterilisieren lassen. Doch hat Fritsch hier seine Bedenken geäußert. Er hat gesagt: Wenn die Gummihandschuhe auch auf der äußeren Fläche steril sind, wer weiß, ob sie es auch innen sind, besonders wenn die Gummiflächen auf einander liegen. Die auf meine Anregung hierüber angestellten Versuche haben nun ergeben, daß, wenn man in das Innere der Gummihandschuhe Streptokokken, Staphylokokken, Schimmelpilze oder sogar Fäzes einbringt, die Gummihandschuhe trotzdem steril werden, nur bei der groben Verunreinigung mit Fäzes gehen hie und da einige Kolonien auf, selbst wenn man den Finger, der infiziert war, abgebunden hat, oder wenn man nicht dafür gesorgt hat, daß die Gummiflächen auseinander gehalten werden. Es scheint, daß die Hitze an und für sich genügend wirkt, um auch im Innern des Handschuhes zu sterilisieren. Ich verlasse mich trotzdem nicht sehr darauf und wende einfach den Kunstgriff an, daß ich sämtliche Finger mit Gaze ausstopfe und den so ausgestopften Handschuh anlege. Ich bin so sicher, daß dann auch innen eine vollständig exakte Sterilisation erfolgt.

Diskussion:

Chrobak: Ich möchte auch ein paar Worte zu dem Vorgebrachten sagen. Es ist mir ja oft schon die Aufgabe zugefallen, die Dinge von der anderen Seite anzusehen, und so will ich es auch hier tun. Es ist selbstverständlich, daß es unser höchstes Ziel sein muß, die Aseptik auf den möglichst hohen Grad zu bringen. Mir kann niemand das Zeugnis versagen, daß ich, was Desinfektion und Waschen anlangt, stets vielleicht einer der Schärfsten war und bin. Doch muß ich mich fragen: Erfüllen wir auch unsere Pflicht als Lehrer jener Ärzte, welche auf dem Lande ihren schweren Beruf ausüben, wenn wir ihnen jedes Vertrauen auf das nehmen, das wir während ihrer Lehrzeit angewendet haben? Auch die Lehre, daß heutzutage nur die Anwendung der Handschuhe, und zwar der Gummihandschuhe zur Ausführung von Operationen berechtige, fällt dahin. Diese Lehre birgt manche Gefahren in sich. Was soll der Arzt tun, der solche nicht hat, und in recht vielen Orten erhält er sie nicht. Sie unterliegen raschem Verderben, auch wohl in der Apotheke, welche sie zu führen verpflichtet ist. Wie leicht zerreißen sie, wie leicht werden sie hart und unbrauchbar.

Demnach wird der Arzt, der nur mit Gummihandschuhen operieren gesehen hat, entweder nicht den Mut haben, ohne solche zu operieren und in solchem Falle wird manches Menschenleben verloren gehen, oder er wird ohne Handschuhe operieren. Desinfiziert er sich ordentlich, so wird's ja gut gehen und dann wird er an den Lehren seines Meisters irre, oder, und das wird das häufigere sein, er desinfiziert sich ungenügend und infiziert.

Nur zu leicht gewöhnt man sich unter dem Gebrauche von Handschuhen an eine lässige Desinfektion. Glauben Sie ja nicht, daß unsere Schüler an den strengen Desinfektionsvorschriften der Schule immer festhalten, ja ich muß sagen, daß selbst in größeren Städten oft und oft gesündigt wird und hier habe ich besonders die Geburtshilfe im Auge. Jeder von uns weiß, wie schwer es ist, Ärzte, die schon in der Praxis gestanden sind, an die Vorschriften der Klinik zu gewöhnen, wie diese entgegnen, sie hätten schon viel in der Praxis gearbeitet und es wäre auch anders immer gut gegangen.

Für unsere Pflegebefohlenen ist es ja ein großes Glück, daß nicht jede unreine Operation zur Infektion führt, fast wäre man aber versucht, das Gegenteil zu wünschen, um das Gewissen des Arztes aufzurütteln, ihm zu zeigen, wie dem unrichtigen Vorgehen die Strafe auf dem Fuße folgt. In dieser lässigen Desinfektion liegt nun eine große Gefahr, einmal, weil ja die Handschuhe unter der Operation reißen können und zweitens, weil die Desinfektion der Hände auch dann wenn man ohne Handschuhe operiert, ungenügend sein wird. Und die Desinfektion der Hände, und zwar die mechanische Reinigung, bleibt die Hauptsache. Dazu braucht man aber nicht nur Seife und Bürste, sondern wieder vor allem das Gewissen. Ich will mich ausdrücklich davor bewahren, daß ich für einen Feind der Gummihandschuhe gehalten werde, möchte aber doch bemerken, daß ich mich auch noch der Zwirnhandschuhe bediene, deren größter Vorteil für mich wenigstens der ist, daß man sich die Finger beim

Knoten der Fäden nicht so leicht verletzt und die Erhaltung einer intakten Haut ist ja ein sehr wesentliches Erfordernis für eine richtige Desinfektion. Ein häufiges Wechseln der Zwirnhandschuhe, das leicht und schnell geschieht, darauf Abspülen in Sublimat, Abtrocknen der Hände — was ich übrigens seit Dezennien bei Operationen mit bloßer Hand geübt und für höchst wichtig gehalten habe — schützt wohl vor den Gefahren der Verunreinigung mit dem gefürchteten Hautsaft. Dafür, daß die Verwendung von Zwirnhandschuhen doch einen nicht geringen Schutz bedeutet, kann ich Erfahrungen von sehr tüchtigen Chirurgen, wie z. B. von Hansy, anführen, welche in kleinen Spitälern Reines und Unreines operieren müssen und beobachteten, daß ihre Erfolge nach Einführung der Zwirnhandschuhe wesentlich bessere geworden sind.

Frankl: Ich möchte darauf aufmerksam machen, daß in der letzten Nummer des Zentralblattes für Chirurgie eine Arbeit aus der Feder des Düsseldorfer Chirurgen Wederhake erschienen ist, welche für das in Frage stehende Thema von Bedeutung ist. Soferne all das sich richtig erweist, was dieser Autor angibt, ist die Frage der Gummihandschuhe gelöst. Er gibt eine neuartige Gummilösung an, in welche vor Beginn der Operation die wohldesinfizierten Hände getaucht werden; der auf den Händen haftende Überzug sei ein festes, nicht abschilferndes, nicht leicht zu zerreißendes, steriles Häutchen, das nach Abschluß der Operation leicht zu entfernen ist. Auch trete keine Schädigung der Haut des Operateurs ein. Es steht dahin, ob bei mehrfacher und längerer Erprobung das Mittel all das halten wird, was Wederhake sich davon verspricht. Jedenfalls würde durch Vermeidung des fertigen Handschuhes auch sicher vermieden, daß der Arzt sich nur mangelhaft desinfiziert, ehe er seine Hände mit der Gummilösung präpariert.

Schauta: Ja, das Bessere ist in der Welt stets der Feind des Guten gewesen. Es ist selbstverständlich, daß der Arzt auf dem Lande unter primitiveren Verhältnissen arbeiten und sich mit anderen Mitteln behelfen muß als auf der Klinik. Die Klinik soll ein Musterinstitut sein und wenn sie das höchste Ziel anstrebt, so ist es gerade gut genug. Wenn wir nach den Resultaten der bakteriologischen Untersuchungen unsere Asepsis zu verschärfen suchen, so wird, wenn auch ein kleiner Teil, auch auf den praktischen Arzt fallen. Es unterliegt ferner auch keinem Zweifel, daß selbst in einem Gebirgsdorfe der Arzt heute eine andere Vorstellung von der Asepsis hat als vor 10—15 Jahren. Ein Bruchteil unserer Bestrebungen wird immer von uns abfärben und wenn wir auch nicht erwarten können, daß unser Ruf, bei Sectio caesarea mit Gummihandschuhen zu operieren, bis in das entlegenste Gebirgsdorf dringen werde, so wird sich im Laufe der Zeit die Sache doch machen. Einen kleinen, leicht handlichen Sterilisationsapparat haben doch die meisten Ärzte auf dem Lande und es ist nicht einzusehen, daß ein Arzt, der einmal eine Laparotomie machen will — und er ist nur in seltenen Fällen dazu gezwungen, eine Laparotomie auszuführen — sich nicht auch Gummihandschuhe anschaffen könne. Es ist wohl richtig, wir waren im Laufe der Jahre mit unseren Resultaten recht zufrieden und doch ist uns manchmal der Fall vorgekommen, wo wir uns sagen mußten, hier war ein Leck in der Asepsis, und eben deshalb müssen wir jedes Mittel aufbieten, um unsere Technik der Asepsis zu verschärfen. Daß wir mit den Zwirnhandschuhen bessere Resultate bekommen als ohne dieselben, unterliegt wohl keinem Zweifel; ich habe dies selbst gesehen. Nur muß man dieselben oft wechseln, was sehr viel Zeit in Anspruch nimmt und sehr kostspielig ist. Mit Gummihandschuhen kann man 2—3 Stunden operieren, ohne dieselben wechseln zu müssen, es wäre denn, daß sie zerreißen. Wo gibt es aber absolut Sicheres auf der Welt? Wenn man eine gewisse Technik hat und die Handschuhe nicht verletzt, so bleiben sie bis zum Schlusse der Operation immer intakt. Ist dies nicht der Fall und bemerkt man die Verletzung, was wohl nicht so sehr schwierig ist, nun, so werden auch die Gummihandschuhe während der Operation gewechselt. Ich prüfe immer zum Schlusse, ob die Handschuhe lückenlos sind oder nicht dadurch, daß ich sie unter das Wasserleitungsrohr halte. Es kommt kaum vor, daß der Handschuh eine Lücke aufweist. Überflüssig sind diese unsere Bestrebungen keineswegs und ich glaube nicht, daß der praktische Arzt dadurch eingeschüchtert wird, wenn er um einiges hinter den hochgespannten Bestrebungen der Kliniken zurückbleiben muß. Man muß ihn lehren, wie er unter primitiven Verhältnissen auskommen kann. Das hindert mich nicht, in der Klinik das zu wählen, was ich für das Beste halte. Mit der Zeit wird ja auch dieses überflügelt werden. Ich glaube nicht, daß daraus ein Schaden entstehen könne, wenn man eine ganz besonders verschärfte Asepsis anwendet. Wenn der praktische Arzt sehen wird, daß er hinter dem, was er leisten kann, zurückbleiben muß, dann wird er erst recht trachten, die Distanz einzuengen. Wir aber müssen weit höher stehen als der praktische Arzt; dann wird dieser trachten, daß er uns nachkommt, und das wird der Gewinn sein.

Chrobak: Ich möchte nochmals erklären, daß ich Kautschukhandschuhe benütze, und zwar bei allen unreinen oder verdächtigen Operationen, daß ich aber für die anderen, reinen Fälle Zwirnhandschuhe verwende.

In der Geburtshilfe sind sie ja kaum zu entbehren, z. B. bei der manuellen Plazentalösung und nicht geringer ist ihr Vorteil für die Ambulanz. Hier ist der Kautschukhandschuh von größerem Nutzen, man schützt sich und die Kranken.

Daß übrigens die Ansichten über die Sicherheit des Kautschukhandschuhes divergieren, sehen Sie an Krönig, der zum Operieren die Gummihandschuhe auszieht. Gar so sicher ist also die Sache heute noch nicht. Was nützt mir der Handschuh, wenn ich nachträglich bemerke, daß er ein Loch hatte? Da ist nichts mehr zu machen, ich kann nur nicht ruhig schlafen, denn das Loch entstand bei der Operation und die Infektion kann geschehen sein. Ich halte den verletzten Kautschukhandschuh für ein bedenklicheres Ding selbst als den Zwirnhandschuh und in diesem Punkte möchte ich Fritsch Recht geben, welcher sagt: „Lieber keinen Handschuh als einen zerrissenen.“

Schauta: Ich habe heute über den Gebrauch der Gummihandschuhe außerhalb der Operation nicht sprechen wollen; sie werden in dieser Beziehung in weitem Maße verwendet. Ich will nur folgendes sagen: Ich ziehe die Gummihandschuhe, wenn ich zu operieren aufhöre, an, und ziehe sie vor der Operation aus, um andere anzuziehen. Bei nicht ganz reinen Sachen sind sie ganz gut. Auch bei mir werden sie in der Ambulanz angewendet.

Schauta: 2. **Sectio caesarea bei eitriger Adnexerkrankung.** Ich möchte über einen Fall referieren, den ich operiert habe und der einiges Interesse zu haben scheint. Er betrifft eine 27jährige Zweitgebärende. Im Februar 1905 war der erste Partus vor sich gegangen, im selben Jahre, und zwar im Dezember, abortierte sie und wurde auf einer inneren Abteilung des allgemeinen Krankenhauses curettiert. Der Verlauf war ein fieberhafter, sie lag zwei Monate auf der Abteilung mit Schmerzen und Fieber. Die Schmerzen waren hauptsächlich auf der rechten Unterbauchseite. Nun wurde sie wieder gravid, und zwar waren am 25. Oktober 1906 die letzten Menses. Am 22. Mai kam sie an die Klinik, sie befand sich erst im 9. Monate. Sie hatte Schmerzen, die nicht recht gedeutet werden konnten. Aber im Verlaufe der nächsten zwei Tage kam die Frau zur Geburt mit deutlichen Wehen und enormer Empfindlichkeit in der Gegend der rechten Uteruskante. Im Douglasschen Raume fand sich ein über hühnereigroßer, schmerzhafter, deutlich fluktuierender Tumor, der die Portio vordrängt. Leukozytenanzahl 14.000. Mit Rücksicht darauf konnte man annehmen, daß es sich um einen Eitertumor handle. Nur war es zweifelhaft, ob ein Adnextumor oder ein vom Appendix ausgehender Tumor mit Senkungsabszeß in dem Douglas vorliege. Es war dies nicht genau herauszubringen. In der Narkose konnte man erkennen, da sich der schmerzhafte Tumor mit dem Uterus bewegte, daß es ein Adnextumor sei. Ich sagte mir nun, daß, wenn das Kind bei der Geburt durchgepreßt werden solle, der Eitertumor platzen und sich der Eiter über das ganze Peritoneum verschmieren müsse; die Frau werde dann, wie Fälle aus der Literatur beweisen, durch eitrige Peritonitis zugrunde gehen. Hier mußte man also einen anderen Weg betreten. Die Inzision schien mir nicht der richtige Weg, da bei der Gebärenden eine Infektion zu befürchten war. Ich habe deshalb mit möglichster Vorsicht die Sectio caesarea ausgeführt, wobei ich die Idee hatte, mich auch über die anatomischen Verhältnisse des Tumors zu orientieren. Es fanden sich nun links fibrinöse Schwarten am Peritoneum, rechts ein Adnextumor. Die Tube war verdickt, im Douglas Eiter, außerdem Pyovarium. Ich habe rechts den Adnextumor abgetragen, da ich aber bemerkte, daß die Tube noch verdickt in die Uteruswand verlief, habe ich, um den Uterus zu erhalten, aus der Tubenecke einen Keil herausgeschnitten. Aus der Tiefe quoll aber noch Eiter heraus und dieser Eiter war streptokokkenhaltig. Ich habe nun den Uterus supravaginal amputiert, das Peritoneum gereinigt, die Stümpfe extraperitoneal versorgt und die Zellgewebswunde im Ligamentum latum durch die Zervikalhöhle hindurch nach der Vagina hin drainiert. Der Verlauf war ein günstiger. Bis zum 9. Tage nach der Operation hatte die Frau vollständig normale Temperatur und Puls; am 9. Tag stieg die Temperatur auf 39°. Sie bekam eine rechtseitige Mastitis; woher, weiß ich nicht; als metastatische Mastitis kann ich dieselbe nicht auffassen. Die Heilung der Bauchdeckenwunde ging nicht ganz glatt vonstatten, so daß vielleicht eine Überimpfung von der Bauchdeckenwunde auf die Brust vorliegt. Gestillt hat die Frau nicht. Der Fall erinnert mich an einen ähnlichen Fall, den ich vor 3 Jahren zu operieren Gelegenheit hatte. Auch dieser betraf eine Zweitgebärende. Bei der ersten Geburt wurde die Zange angelegt. 8 Tage nach der Geburt bestand Fieber. Jetzt handelte es sich um eine Schwangerschaft von 7 Lunarmonaten. Die Frau kam gebärend in die Anstalt und der Douglas war ausgefüllt von einem kindskopfgroßen, fluktuierenden Tumor. Auch hier wurde angenommen, daß ein Eitertumor vorliege, und aus denselben Gründen wie oben wurde die Sectio caesarea ausgeführt, weil man eben befürchten mußte, daß bei der Geburt auf dem natürlichen Wege der Eitersack platzen und eine unausbleibliche Peritonitis die

Folge sein könnte. Da aber nach oben der Tumor vollständig abgeschlossen war, habe ich weiter nichts gemacht, sondern mich nur auf die Sectio beschränkt. Ich hatte nun die Absicht zu warten, um eventuell in einem späteren Zeitpunkte des Wochenbettes oder nach Ablauf desselben den Tumor von der Vagina aus zu inzidieren. Doch kam am 5. Tage ein Durchbruch des Tumors zustande, indem sich per rectum ca. $^1/_2$ *l* Eiter entleerte. Die Eiterentleerung hielt durch 4—5 Tage an. Die Frau befindet sich vollkommen wohl, jede Spur des Exsudats ist verschwunden. Diese beiden Fälle sind Paradigmata für die Behandlung von Adnextumoren, die im Becken stecken und ein geburtshilfliches Hindernis machen können, weil jede Entfernung und Auspumpung des Eiters mit Rücksicht auf das Puerperium eine Gefahr für den puerperalen Zustand bildet. Das beste in solchen Fällen ist, einen anderen als den natürlichen Weg für die Entbindung zu wählen, da eitrige Adnextumoren während einer natürlichen Geburt leicht platzen. Und zwar war in 50% der Fälle nach der Statistik von Blanc die Tube abgerissen worden oder der Tumor zur Perforatien gekommen. In manchen Fällen war es durch Laparotomie post partum gelungen, die Frau zu retten, in anderen Fällen war Exitus eingetreten. So hat Hlawatschek einen Fall publiziert, in dem nach Abortus im 5. Monate die Perforation eines linkseitigen Ovarialabszesses und 10 Tage post partum Exitus eintrat. Es scheint die Prognose eine sehr schlechte zu sein, wenn solche Dinge sich selbst überlassen bleiben, und glaube ich, daß durch eine etwas aktivere Therapie eine Anbahnung besserer Verhältnisse in diesen schweren Fällen erreicht werden könne.

(Fortsetzung folgt.)

Geburtshilflich-gynaekologische Gesellschaft zu St. Petersburg. Sitzung am 19. Oktober 1906. Präses Prof. Rein.

1. Diskussion zum Vortrag über Pubiotomie Kitner. Die Todesfälle nach Pubiotomie sind nicht immer von der Operation abhängig. Wählt man entsprechende Fälle nicht unter Conj. vera 7 *cm*, so werden die Resultate immer gut sein. Man kann dann die Pubiotomie ausführen ohne vorherige Einwilligung der Kranken.

Lessowoi betont nochmals, daß die Kompression nicht zu stark ausgeführt werde. Im Falle Seitz traten Einklemmungserscheinungen des Darmes auf, die nach Lockerung des Verbandes gleich nachließen. Todesfälle sind möglich, daher muß man die Einwilligung der Kranken haben.

Stroganow findet, daß man zu jeder Operation die Einwilligung des Kranken oder seiner Angehörigen haben muß, wenn der Kranke besinnungslos ist. Er wirft die Frage auf, ob ein Arzt eine von den Kranken geforderte Operation, die zugunsten der Mutter und zum Nachteil des Kindes ist, abschlagen kann, wenn er findet, daß die geforderte Operation nicht mehr zeitgemäß ist. Muß er z. B. die verlangte Perforation ausführen, wenn seine vorgeschlagene Pubiotomie nicht angenommen wird. Da die Operation einfach und ungefährlich ist, so kann sie nicht nur in Kliniken, sondern auch in Gebärasylen usw. ausgeführt werden.

Ott findet, daß außer der Beckenverengerung auch alle anderen Faktoren berücksichtigt werden müssen, um richtige Indikationen für die Pubiotomie aufzustellen.

Ratischinski glaubt, daß man vorherrschend das Becken berücksichtigen müsse. Die Beckendurchmesser schwanken um 3—4 *cm*, während der Kopfdurchmesser nur um 0·5—1 *cm* schwankt.

Rein schlägt Stroganow vor, das Material über die strittigen Punkte zu sammeln und der Gesellschaft vorzulegen. Litschkus habe alle Komplikationen und üblen Zufälle gesammelt und daher die Pubiotomie in schwarzen Farben gesehen.

Litschkus verweist auf seinen Vortrag und die ausführliche Arbeit im Journal, wo alle Fragen erschöpfend behandelt sind. Durch Kenntnis aller Fälle, aller fremden Meinungen sieht er ernster auf die Operation als die anderen Mitglieder der Gesellschaft.

Das zu frühe Preisen der Operation kann dem wahren Wert der Operation nur schaden. Enttäuschungen sind unausbleiblich, die um so größer sind, je mehr die Operation angepriesen worden ist.

2. Wasten demonstriert zwei sehr große, wurstförmig erweiterte, mit Eiter gefüllte Tuben, die per laparotomiam entfernt wurden. Die eine war sehr beweglich, die andere am Becken fixiert.

Ott erinnert an seinen ähnlichen Fall, wo die gefüllte Tube für einen Nierentumor gehalten wurde.

3. Rein trägt den Bericht der Kommission vor, die gewählt war zur Ausarbeitung der Frage über die Organisation des geburtshilflichen Beistandes in Rußland. Die Kommission war zu folgenden Schlüssen gelangt:

a) Das System der bestehenden Asyle ist zweckentsprechend und befriedigt die Bedürfnisse. Ihre Zahl muß aber vergrößert werden. Sie sollen nicht mehr als 18 bis 20 Betten enthalten, aber in eigens dazu gebauten Räumlichkeiten. Nicht ein, sondern zwei Ärzte müssen angestellt sein und der eine muß in der Anstalt wohnen.

b) Die Gebärasyle sind für normale Geburten, anormale pathologische Fälle müssen in eine zu erbauende Zentralstelle übergeführt werden, die auf 50 Betten einzurichten ist. Hier können Hebammen herangebildet werden. Mit der Zentralanstalt muß ein Asyl für Schwangere verbunden sein. Nach lebhaften Debatten wird der Kommission aufgetragen, einen ausführlicheren und motivierten Bericht auszuarbeiten.

Sitzung am 16. November 1906. Präses Prof. Rein.

Buchmann: Zur Technik der Bauchnaht. Das Ideal der Bauchnaht besteht in der Wiedervereinigung jeder durchschnittenen Gewebsschicht einzeln für sich, was aber nicht immer leicht ausführbar ist. Wichtig ist es, die Faszien besonders sorgfältig zu vereinigen. Das beste Nähmaterial ist Bronzedraht (95% Kupfer und 5% Aluminium). Dieser Draht ist fest, dabei weich, leicht sterilisierbar.

Kriwski demonstriert eine Mißgeburt Duplicitas super., Dicephalus dibrachius 1250 *g*, Frühgeburt. Zwei symmetrische Köpfe, der Hals doppelt, sonst einfachen Körper. Weiblich. Diese Mißbildung kommt oft bei Fischen vor, selten beim Menschen.

Skrobanski. Über Spinalanästhesie erscheint im J.-A. XXI, 1907.

Diskussion. Beckmann, Ott, Wasten, Stroganow, Iwanow und Lessowoi sprechen sich ungünstig aus.

Fedorow führt die Spinalanästhesierung oft aus, benutzt dazu Tropokokain. Mit Stovain schlechte Erfahrungen. Beim 6. Fall trat gegen Schluß der Operation Lähmung des Atmungs- und Herzzentrums ein. Künstliche Atmung mußte 5 Stunden lang gemacht werden, Besinnungslosigkeit dauerte 3 Tage, lange Zeit bestand psychische Störung. In einem anderen Fall brach die Nadel. Verf. zieht immer die Chloroformnarkose vor. Nur in schlecht ventilierten, überfüllten Räumen ist die Spinalanästhesie vorzuziehen.

Tomaschewski hat 17.000 Fälle gesammelt. Die Komplikationen bilden konstante Zahlen. Übelkeit in 7%, Erbrechen in 6%, Kopfschmerzen in 15%, Temperatursteigerungen in 4%, Kollaps in 0·4%, Atmungsstörungen in 0·7%. In der Literatur findet man 11 Fälle von Abduzenslähmungen. Nur das Tropakokain wird benutzt. Mercksches Präparat ist absolut steril, verliert aber mit der Zeit an Wirksamkeit. Die Indikationen sind noch nicht ganz sichergestellt.

Skrobanski Schlußwort. Er wendet das Verfahren nicht kritiklos an. In 20% wurde es abgelehnt und Chloroform benutzt. Er gibt zu, daß Stovain am gefährlichsten ist, wenn es auch die beste Wirkung hat. Er ist auf Novokain übergegangen. Alle, die sich mit dem Verfahren bekannt machen, werden warme Anhänger desselben.

Sitzung am 30. November 1906.

Sereschnikow sprach über den vaginalen Weg bei Operationen am Darmkanal.

v. Wahl über Untersuchung der Genitalausscheidungen auf Gonokokken.

Lessowoi berichtete über einen Fall von Vagitus uterinus.

Sitzung am 22. Dezember 1906. Präses Prof. Rein.

Burdsinski berichtet über seine operative Tätigkeit im Tombowschen Landschaftskrankenhause. In 20 Monaten 126 Laparotomien, 36 vaginale Kolpotomien, 51 vaginale Uterusexstirpationen. Demonstriert dann die interessantesten Präparate.

Jarzew über echte Bauchschwangerschaft. Anfang November, letzte Regeln 30. Dezember bis 2. Jänner. Blutung stark, vom 5. Jänner Schmerz. Geschwulst entwickelte sich im Douglas beiderseits.

25. Jänner. Operiert rechts Eierstockszyste, Dermoid, rechte Tube gesund und unverändert: links auch Dermoidzyste, die linke Tube entfernt, operiert von der Scheide aus. Dabei fällt ein 1 *cm* langer Embryo heraus, ohne Kopf und Extremitäten. Auch eine Membran, bestehend aus allen drei Häuten. Der Raum, wo der Embryo lag, war unter dem

rechten Uteruswinkel. Jarzew hält es für Abdominalschwangerschaft. Skrobanski bezweifelt es.

Ulesko-Stroganow gibt die Möglichkeit zu, es fehlen aber Beweise.

Rein nimmt Abdominalschwangerschaft auch an, hat 2 Fälle, einen beweisend.

Lewinowitsch: Über Blutungen bei Mädchen und jungen Frauen, keine anatomischen Veränderungen. Nimmt Vererbung an. Jodbehandlung wirkt günstig.

J. Wernitz (Odessa).

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Gynaekologie.

Fothergill, A Case of „Intraligamentary“ Urinary Bladder. Ebenda.
Helme, Two Cases of „Intraligamentary“ Bladder. Ebenda.
Fairbairn, A Case of Acute Purulent Salpingitis in which the signs markedly simulated those of Ruptured Ectopic Pregnancy. Ebenda.
Pankow, Über Reimplantation der Ovarien beim Menschen. Beitr. zur Geburtsh. u. Gyn., Bd. XII, H. 2.
Stiassny, Zur Torsion gestielter Gebilde. Ebenda.
Gräfenberg, Zur Kenntnis der traubigen Schleimhautsarkome der weiblichen Genitalien im Kindesalter. Ebenda.
Michaud, Ein Fall von Knochenbildung in den Tuben. Ebenda.
Hunzicker, Die Rhabdomyome des Corpus uteri. Ebenda.
Perez, Carcinoma del muso di tinca associato a fibromiomi del corpo dell'utero. La Clinica Chirurgica, Anno XV, Nr. 10.
Taylor, On the Formation of a „Fundal“ or „Suspensory“ Ligament after Hysteropexy, and its Dangers. The Practitioner, Vol. LXXIX, Nr. 6.
Munk, Übertragung nach Antefixatio uteri. Inaug.-Diss., Oktober 1907.
Katz, Das Sarkom des unteren Abschnittes der Gebärmutter. Inaug.-Diss., Würzburg, Oktober.
Barr, Perinaeorrhaphy. New York Med. Journ., Nr. 1512.
Calderini, Intorno alla anestesia spinale. Lucina, Nr. 12.
Westhoff, Über eine Blasendarmfistel und zystoskopisches Bild. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 50.
Caldesi, Imperforazione di imene ed ematocolpo. L'Arte Ostetr., Nr. 22.
Pfaff, Zur Ätiologie der akquirierten Frigidität der Frau. St. Petersburger med. Wochenschr., Nr. 45.
Brook, On Some Cases of Myoma of the Uterus presenting Unusual Features and calling for Urgent Surgical Interference. The Lancet, Nr. 4397.
Hörrmann, Das Bindegewebe der weiblichen Geschlechtsorgane. Arch. f. Gyn., Bd. LXXXIV, H. 1.
Riebold, Der Nachweis des Vorhandenseins somatischer Perioden im weiblichen Organismus und ihrer Abhängigkeit von kosmischen Perioden. Ebenda.
Wolf, Über Haematoma ovarii. Ebenda.
Cohn, Keilresektion des Corpus uteri wegen chronischer Metritis, insbesondere bei Prolapsoperation. Ebenda.
West, The Best Method of Teaching Gynecology. The Amer. Journ. of Obstetr., Dez. 1907.
Riddle Goffe, How to Teach Diagnosis in Diseases of Women. Ebenda.
Jewett, Teaching Methods in Gynecology. Ebenda.
Dickinson, Teaching by Charts, and Models, and Modeling. Ebenda.
Bland Sutton, On two Cases of Abdominal Section for Trauma of the Uterus. Ebenda.
Norris, Primary Squamous-celled Carcinoma of the Body of the Uterus. Ebenda.
Vance, A Case of Deciduoma Malignum. Ebenda.
Frederick, Nymphomania as a Cause of Excessive Venery. Ebenda.
Ill, Myofibroma Complicating Pregnancy; Hysterectomy. Ebenda.
Ill, The Conservative Medical Treatment of Salpingitis. Ebenda.
Porter, Deciduoma Malignum. Ebenda.
Humiston, An Unusually Large Dermoid Tumor in the Ovary. Ebenda.
Maier, Cotarnine Phthalate in Uterine Hemorrhage. Ebenda.
Jacobson, A Telephonic Curet. Ebenda.
Müller, Über Beziehungen zwischen Darmleiden und Frauenleiden. Der Frauenarzt, Nr. 12.

Mensinga, Vom neuen Badestuhl, zur Verwendung der Dauerdusche. Ebenda.
Oppenheim, Atlas der venerischen Affektionen der Portio vaginalis uteri und der Vagina. Deuticke, 1908.
Alsberg, Brustdrüse und Eierstock. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 51.
Czyzewicz, Ein nicht täglicher Parovarialtumor. Ebenda.
Rissmann, Ventrifixur des Uterus oder Ventrifixur der Ligg. rotunda? Ebenda.
Kuntzsch, Über instrumentelle Uterusperforation. Ebenda.
Francke, Zur operativen Behandlung der eitrigen Parametritis. Ebenda.
Lehmann, Schutz gegen das Zurücklassen von Bauchtüchern im Abdomen. Ebenda.
Gellhorn, Die Behandlung des inoperablen Uteruskarzinoms mit Azeton. Münchener med. Wochenschr., Nr. 51.
v. Franqué, Ziele und Wege des Unterrichtes in der Frauenheilkunde. Ebenda.
Gerlach, Über die Erfolge bei konservativer und operativer Behandlung entzündlicher Adnextumoren. Inaug.-Diss., Jena, November 1907.
Pauli, Über Dauererfolge der Alexander-Adamsschen Operation bei Retroflexio und Prolaps. Inaug.-Diss., Straßburg, November 1907.
Hofmeier-Schröder, Handbuch der Frauenkrankheiten. F. C. W. Vogel, Leipzig 1908.
Szili, Gynaekologische (operative) Methoden und Asepsis der II. Frauenklinik. Pester med.-chir. Presse, Nr. 51.
Metcalf. An Improved Abdominal Subtotal Hysterectomy, Especially Applicable in Chronic Pelvic Inflammation. The Journ. of the Amer. Med. Assoc., Nr. 23.

Geburtshilfe.

Thies, Nachuntersuchungen der an der Leipziger Universitäts-Frauenklinik ausgeführten offenen Symphysiotomien. Ebenda.
Füth, Kasuistischer Beitrag zur Entstehung des schiefen Beckens nach Oberschenkelamputation. Ebenda.
Forsell, Über Zerreißung der Nabelschnur intra partum. Ebenda.
Gräfenberg, Ein Beitrag zur Kenntnis der Metritis dissecans puerperalis. Ebenda.
Jolly, Hohe Zange bei Gesichtslage. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 50.
Neu, Ein Beitrag zur Adrenalinbehandlung der Osteomalakie nach Bossi. Ebenda.
Bossi, Über die Prophylaxe der Beckendifformitäten infolge von Rhachitis. Ebenda.
Adjaroff, Ein Fall von extrauteriner Schwangerschaft mit ausgetragener Frucht. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 1614.
Rector, Hydramnion; Acrania with Spina Bifida. The Amer. Journ. of Obst., Dez. 1907.
Lippold, A Case of Puerperal Eclampsia. Ebenda.
Nowikoff, Extrauterine Schwangerschaft. Wratschebnaja Gazeta, Nr. 48.
Bossi, Die Anerkennung der Verdienste Giglis um die Geburtshilfe. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 51.
Pallin, Fall von eineiigen Zwillingen mit gemeinsamem Amnion und zusammengeknoteten Nabelschnüren. Ebenda.
Sippel, Zur Nierenaushülsung oder Nierenspaltung bei Eklampsie. Ebenda.
Durante, Contribution à l'étude du processus histologique et de la pathogénie de la môle hydatiforme. Bull. de la Soc. d'Obstétr. de Paris, Nr. 9.
Brindeau, Grossesse développée dans une corne utérine atrophiée. Ebenda.
Brindeau, Pièce d'hémorrhagie rétroplacentaire. Ebenda.
Brindeau et Pottet, Dystocie par calcul de la vessie. Ebenda.
Audebert et Gilles, Deux observations du pubiotomie latérale. Ebenda.
Fabre, Opération césarienne et opération de Gigli. Ebenda.
Puech, Accouchement provoqué pour grossesse prolongée. Ebenda.
Henkel, Hebammenwesen und Hebammenreform. Münchener med. Wochenschr., Nr. 51.
Ahlfeld, Über Verhütung und Behandlung der Dammrisse. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 51.
Offergeld, Experimente über die Staubehandlung der infizierten Pubiotomiewunde. Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gyn., Nr. 6.
Leguen, Résultat éloigné d'une pyélonéphrite de la grossesse. Annales de Gyn. et d'Obst., Dezember 1907.
Soli, Sull'azione ecbolica del formiato di soda. La Rass. d'Ostetr. e Gin., Nr. 12.
Ferraro, Cisti ovariche e gravidanza. Ebenda.
Dawydow, Vergleichende Wertung der geburtshilflichen Methoden bei mittleren Graden von Beckenverengerung. Wratsch, Nr. 37.
Balaschów, Ein Fall von Missed labour. Ebenda.
Bernstein, Zur Pathologie der Osteomalakie. Ebenda, Nr. 34, 35.
Jakob, Über die Anwendung der geburtshilflichen Zange in der Privatpraxis. Ebenda, Nr. 40.
Feodorow, Zur Pubiotomiefrage. Ebenda.

Prosorowski. Zur Pubiotomiefrage. Ebenda, Nr. 41.
Dyskij, 2 Fälle von Pubiotomie. Ebenda, Nr. 44.
Rachmanow, 5., 6., 7. Fall von Kaiserschnitt mit günstigem Ausgang für Mutter und Kind. Ebenda.
Kolossew, Ovariotomie in der Schwangerschaft. Ebenda.
Ssolowjow, Zur Kasuistik der Zysten in der Schwangerschaft. Ebenda.
Porak, Adieux à la maternité. L'Obstétrique, Nr. 5.
Marois, Consultations de nourrissons. Ebenda.
Lynch, Hour of Birth. Surg., Gyn. and Obst., Nr. 6.

Aus Grenzgebieten.

Soli, Ricerche comparative sul potere emolitico dello siero di sangue materno e fetale. Ebenda.
Otte, Über die postoperativen Lungenkomplikationen und Thrombosen nach Äthernarkosen. Münchener med. Wochenschr., Nr. 50.
Mendes de Leon, Bijdrage tot de aetiologie en de pathogenese der vulvovaginitis infantum. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk., Dez.
Signoris, Contributo allo studio di alcune anomalie fetali. La Clinica Ostetr., Fasc. 23.
Chirié, Péricardite purulente à pneumo-bacille chez un enfant nouveau-né à terme. Bull. de la Soc. d'Obstétr. de Paris, Nr. 9.
Stern et Burnier, Un cas de hernie inguinale étranglée et sphacélée chez un enfant de 10 jours. Ebenda.
Savarè, Über den giftigen Bestandteil des Harns bei Eklampsie. Beitr. z. chem. Physiol. u. Pathol., Bd. XI, H. 1 u. 2.
Derselbe, Über das Nukleoproteid der Plazenta. Ebenda.
Samuel, Ein Verbandtuch bei Erkrankungen der Brustdrüse. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 52.

Personalien und Notizen.

(Personalien.) Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Fehling in Straßburg wurde zum Rektor der Universität für das laufende Studienjahr gewählt. — **Ernannt:** Privatdozent Dr. Richard Birnbaum zum Oberarzt der Universitäts-Frauenklinik Göttingen. — Prof. Dr. Philipp Jung in Greifswald zum ordentlichen Professor der Geburtshilfe und Gynaekologie an der medizinischen Fakultät der Universität Erlangen und zum Direktor der dortigen Universitäts-Frauenklinik. Gleichzeitig wurde ihm die Funktion eines Direktors der königl. Hebammenschule zu Erlangen übertragen. — **Habilitiert:** Dr. Maximilian Neu, Assistent an der Universitäts-Frauenklinik zu Heidelberg.

(XXV. Kongreß für innere Medizin.) Derselbe tagt vom 6. bis 9. April 1908 in Wien. Eine Reihe von gynaekologischen Themen gelangt zur Verhandlung, darunter vor allem die Referate v. Rosthorn und Lenhartz „Die Beziehungen der weiblichen Geschlechtsorgane zu inneren Erkrankungen". Die Herren Plönies (Dresden), Riebold (Dresden), Singer (Wien), Tuszkai (Marienbad) besprechen Themen, die Grenzgebiete zwischen Gynaekologie und interner Medizin betreffen.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: **Dr. Oskar Frankl.**

(Jothion.) Aus der v. Erlachschen gynaekologischen Abteilung veröffentlicht Neuwirth Berichte über die Anwendung von Jothion bei gynaekologischen Leiden. In Form von 5%iger Jothionglyzerinemulsion mittelst Tampons bei chronischer Para- und Perimetritis, Exsudat nach Operationen gebraucht, erwies sich das Mittel den sonst üblichen Resorbentien überlegen. Bei essentiellem Pruritus bewährte sich eine 25%ige Jothionemulsion. Intrauterin in 10%iger Glyzerinemulsion bei Zervixkatarrh verwendet, bewirkte das Jothion rasch Verminderung der Sekretion. Bei Anwendung stärkerer Emulsionen als 5% trat oft Brennen auf, das durch sorgfältiges Absaugen überschüssiger oder ausfließender Emulsion mittelst vorgelegten trockenen Tampons verhindert werden kann.

Herausgeber, Eigentümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg.**

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6

GYNAEKOLOGISCHE RUNDSCHAU.

ZENTRALORGAN
FÜR
GEBURTSHILFE UND FRAUENKRANKHEITEN.

II. Jahrg. | 1908. | 7. Heft.

Rudolf Chrobak-Feier.

Zu Ehren des vom Lehramte scheidenden Hofrates Chrobak fand am 22. März eine Abschiedsfeier statt. In der alten Klinik überreichte Doz. Dr. Peham mit herzlichen Dankesworten seinem gewesenen Chef eine Radierung, die Hofrat Chrobak unterrichtend darstellt. Eine Stunde später versammelten sich alle Schüler Chrobaks und die Mitglieder des medizinischen Professorenkollegiums im Hörsaale der neuen Frauenklinik, um den von Doz. Peham in den Saal geleiteten Hofrat Chrobak überaus herzlich zu akklamieren. Es hielten der Rector magnificus Hofrat v. Ebner, der Dekan Prof. Paltauf, Hofrat Schauta sowie Geheimrat v. Rosthorn Ansprachen an den von der Klinik Scheidenden, die alle voll waren des Dankes an Chrobak, dessen Amtsführung vorbildlich geworden für Lehrer und Belehrte. Mit Dankesworten schlossen sich auch Hofrat Mucha und Regierungsrat Prof. Piskaček an. Eine Reihe überaus sinniger Gaben wurden dem Gefeierten zuteil.

Die Herausgeber und die Redaktion dieser Blätter schließen sich dem Wunsche aller Schüler und Freunde Hofrat Chrobaks an, er möge in Gesundheit die Freuden eines langen, sonnigen Lebensabends voll und ungetrübt genießen: Ad multos annos!

Original-Artikel.

Aus der königl. Frauenklinik in Dresden (Direktor: Geh. Med.-Rat Prof. Dr. Leopold).

Beitrag zur Häufigkeit der malignen Ovarialtumoren.

Von Dr. **Alberto Ravano** aus Genua.

Die große und mannigfache Zahl von Ovarialtumoren, die ich in der hiesigen Klinik habe beobachten können, hat mich veranlaßt, nachstehende Untersuchungen zu unternehmen. Sie sollen einen Beitrag zur Kenntnis der Eierstocksgeschwülste, besonders in Rücksicht auf ihre Bösartigkeit, und die Häufigkeit derselben geben.

Aus der Statistik der verschiedenen Autoren seien hier in gedrängter Form nur die Resultate bezüglich der Bösartigkeit dieser Geschwülste angeführt.

Cohn[1]) fand unter 600 Ovarialtumoren der Schröderschen Klinik 16·66% bösartige.

Dazu zählten in sehr richtiger Weise auch jene Papillome, die man, da sie mikroskopisch keine maligne Degeneration zeigten, nur nach ihrem klinischen Verlauf dieser Kategorie zuzählen konnte. Leopold[2]) fand unter 116 Ovarialtumoren 26 bös-

[1]) Cohn, Die bösartigen Geschwülste der Eierstöcke etc. Zeitschr. f. Geburtsh. und Gyn., XII.

[2]) Leopold, Über die Häufigkeit der malignen Ovarialtumoren. Deutsche med. Wochenschrift, 1887.

artiger Natur (=22·4%) und erhöhte damit das Resultat, das Cohn erhalten hatte, um weitere 6%. Freund[3]) untersuchte 166 operierte Eierstocksgeschwülste und fand darunter 36 maligne (=21·6%). Während das Resultat dieser beiden letzten Autoren nur ganz geringe Abweichungen erkennen läßt, weichen die Ergebnisse anderer erheblich voneinander ab. So beträgt nach Olshausen[4]) die Häufigkeit des Vorkommens maligner Ovarialtumoren 15%, nach Flaischlen[5]) 19·6%, nach Doederlein[6]) 15·5%, nach Fritsch[7]) 17·7% und nach Pfannenstiel[8]) 19%.

Schauta gibt in seinem Handbuche der Gynaekologie die Häufigkeit maligner Eierstocksgeschwülste auf 14·71% an.

Schließlich finden sich in der Arbeit, welche Lippert[9]) über dieses Thema aus der Zweifelschen Klinik gebracht hat, in einem Material von 638 operierten Ovarialgeschwülsten 129 bösartige (Papillome mitgerechnet) = 20·22%.

Nach dem Durchschnitte aller dieser Prozentzahlen beträgt die Häufigkeit maligner Ovarialtumoren 18·33%.

Durch die Liebenswürdigkeit des Herrn Geheimrat Prof. Dr. Leopold, dem ich meinen lebhaftesten Dank für die freundliche Erlaubnis zu diesen meinen Untersuchungen und für die Unterstützung dabei aussprechen möchte, habe ich das ganze einschlägige Material, das seit 2 Jahrzehnten (1887—1907) in diesem Institut gesammelt wurde, studieren können.

Es umfaßt, ohne Einbeziehungen der Privatkranken des Direktors, 699 Fälle von Ovarial- und Parovarial-Tumoren, von denen 645 durch Laparotomie, 6 durch vaginale Operation erhalten wurden. Die übrigen 37 betreffen Probelaparotomien und einer schließlich stammt von einer unvollendeten Vaginalexstirpation. Dazu kommen noch 10 hinzu, die von nicht operierten, vorher gestorbenen Patienten herrühren.

In allen diesen Fällen, einige wenige durch Probelaparotomie gewonnene ausgenommen, wurde die klinische Diagnose immer durch mikroskopische Untersuchung bekräftigt, so daß jeder diagnostische Irrtum in der vorliegenden Statistik ausgeschlossen ist.

Die Ovarialtumoren sind in 2 große Gruppen geschieden worden: gutartige und bösartige. Alle Fälle wurden chronologisch und nach der Art des Tumors entsprechend geordnet, und summarisch abgehandelt.

Die 10 Fälle, bei denen nicht operiert worden war, bilden, chronologisch zusammengestellt, den Schluß der entsprechenden Gruppe, der sie angehören.

Gutartige Geschwülste.

Glanduläre Kystome.

Die gutartigen Kystome (glanduläre) belaufen sich an Zahl auf 338, treten also im Verhältnis zu allen anderen Eierstocksgeschwülsten in einer Häufigkeit von 48·35% auf:

dem linken Ovar. gehören an	149
„ rechten „ „ „	151
bilateral sind	38
	338

[3]) Freund, Über die Behandlung bösartiger Eierstocksgeschwülste. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., XVII, pag. 112.

[4]) Olshausen, Die Krankheiten der Ovarien.

[5]) Flaischlen, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., VI.

[6]) Doederlein und Krönig, Operative Gynaekologie. Leipzig 1907.

[7]) Fritsch, Krankheiten der Frauen.

[8]) Pfannenstiel, Die Erkrankungen des Eierstockes in Veits Handb. f. Gyn.

[9]) Lippert, Archiv, LXXIV, II. Teil.

Nach ihrem Vorkommen, bei den verschiedenen Lebensaltern zusammengestellt, ergibt sich folgende Übersicht:

Zwischen	dem	10.	und 20.	Lebensjahre	11 = 3·25	Prozent
"	"	20.	" 30.	"	112 = 33·14	"
"	"	30.	" 40.	"	93 = 27·53	"
"	"	40.	" 50.	"	65 = 19·23	"
"	"	50.	" 60.	"	43 = 12·72	"
"	"	60.	" 70.	"	13 = 3·85	"
"	"	70.	" 80.	"	1 = 0·27	"
					338 = 99·99	Prozent

Die doppelseitigen Kystome erreichen ihr Maximum an Zahl zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre.

9mal wurde während der Schwangerschaft, und zwar im 2., 3., 4. und 6. Monat operiert, ohne daß die Gravidität eine Unterbrechung erlitten hätte. 6 der entfernten Tumoren, die stets einseitig waren, gingen vom rechten und 3 vom linken Eierstock aus. 5mal konstatierte man Tubargravidität bei einseitigem Kystom, wobei 2mal das rechte und 3mal das linke Ovarium betroffen war. 2mal wurde Schwangerschaft auf der Tumorseite und 3mal auf der entgegengesetzten Seite beobachtet.

In 2 Fällen operierte man kurz nach Eintritt des Aborts und in einem Falle 6 Wochen nach dem Partus, ohne jemals irgendwelche Störungen eintreten zu sehen. 1mal führte man bei einer 31jährigen Frau wegen Spontanruptur des Kystoms — und zwar ist dies der einzige beobachtete derartige Fall — die Laparotomie aus.

Stieltorsion trat im ganzen 36mal auf (= 11·24%), 19mal links, 15mal rechts und 2mal doppelseitig. Es war nicht möglich festzustellen, ob die Torsion nach dem Gesetze von Küstner erfolgte, da in dieser Hinsicht jegliche Angaben fehlten. In einem Falle waren die Stielgefäße thrombosiert. Als Komplikation von seiten der Adnexe fand sich in absteigender Reihe genannt: Perisalpingitis, Hydrosalpinx, Pyosalpinx, Oophoritis und Perioophoritis im ganzen 52mal. Ferner beobachtete man 9mal Uterusmyome, 1mal gonorrhoische Endometritis mit Pyosalpinx und endlich in 2 Fällen Ascites.

Die Größe dieser Kystadenome schwankt sehr, von der eines Hühnereies bis — und zwar häufiger — eines Mannskopfes, ja sie überstieg letztere sogar in einigen seltenen Fällen.

Fast immer — in 335 Fällen — wurde die Laparotomie und nur 3mal, bei kleineren Tumoren, die vaginale Entfernung ausgeführt.

In 2 dieser Fälle handelte es sich auch um Uterusmyom. Von 338 wegen Kystadenom operierten Patienten starben 5 (= 1·47%); Todesursache war in einem Falle septische Peritonitis, in 2 anderen Lungenembolie, beim 4. Lungenemphysem und beim 5. Herzfehler und Arteriosklerose. Der letzte Todesfall datiert aus dem Jahre 1899, obwohl sich die Zahl der Operationen seitdem nicht verringert hat.

Dermoidkystome.

Die Zahl der Dermoidkystome, 66, entspricht, auf alle Ovarialtumoren bezogen, einer Häufigkeit von 9·44%, ist also hier doppelt so hoch, als sie Olshausen [10]) angetroffen hat, der sie auf 4% beziffert.

Von den 66 Dermoidkystomen gehören an:

dem rechten Ovar	33
" linken "	24
doppelseitig waren	9
	66

Auch hier traf fast in demselben Verhältnis zu, was Mantel [11]) angibt, daß nämlich das rechte Ovarium mehr zur Bildung von Dermoidzysten neigt als das linke.

[10]) Olshausen, Die Krankheiten der Ovarien. 2. Aufl.

[11]) Mantel, Über Dermoidzysten der Ovarien. Heidelberg 1892.

Auf die verschiedenen Lebensalter verteilen sich diese Tumoren folgendermaßen:

Zwischen dem	10.	und	20.	Lebensjahre	1 = 1·52	Prozent
„ „	20.	„	30.	„	21 = 31·82	„
„ „	30.	„	40.	„	27 = 40·90	„
„ „	40.	„	50.	„	11 = 16·67	„
„ „	50.	„	60.	„	3 = 4·51	„
„ „	60.	„	70.	„	2 = 3·04	„
„ „	70.	„	80.	„	1 = 1·52	„
					66 = 99·98	Prozent

Am häufigsten trifft man diese Geschwülste zwischen dem 30. und 40. Lebensjahre. Die untere Altersgrenze betrug 17, die obere 77 Jahre mit je einem doppelseitigen Dermoidkystom.

3mal wurde die Laparotomie während der Gravidität im 3. und 4. Monat ausgeführt, ohne daß die Schwangerschaft eine Unterbrechung erlitt. Die entfernten Tumoren waren einseitig. Stieltorsion wurde in 8 Fällen (= 12%) beobachtet. 7 Fälle zeigten Komplikationen von seiten der Adnexe, und zwar Salpingitis, Perisalpingitis, Pyosalpinx. 1mal fand man Fibrom des Ovarium der anderen Seite vor und in 2 weiteren Fällen Uterusmyome.

Es wurden 65 Laparotomien gemacht und 1mal vaginal operiert, in diesem Falle handelte es sich außerdem um Uterusmyom. Von diesen 66 starben 2 (= 3·03%) an Sepsis.

Kystome des Parovarium.

In die Kategorie der Ovarialkystome kann man auch die der Parovarien rechnen, da sie ja klinisch dieselbe Bedeutung haben, wenn auch ihre Ätiologie eine andere ist. Mögen sie nach den verschiedenen, bisher aufgestellten Theorien aus Resten des Wolfschen Körpers hervorgehen oder sei es, wie Kossmann [12]) behauptet, daß sie von akzessorischen Tuben stammen: nach ihrem klinischen Verhalten werden sie hier der Gruppe der Ovarialkystome zugezählt.

Von Kystomen des Parovarium wurden 55 (= 7·86%) beobachtet, stets einseitig:

31 linkseitig
24 rechtsseitig
55

Auf die verschiedenen Lebensalter verteilen sie sich:

Zwischen dem	10.	und	20.	Lebensjahre	4 = 7·27	Prozent
„ „	20.	„	30.	„	23 = 41·81	„
„ „	30.	„	40.	„	22 = 40·00	„
„ „	40.	„	50.	„	3 = 5·45	„
„ „	50.	„	60.	„	3 = 5·45	„
					55 = 99·98	Prozent

Die Kystome des Parovarium wurden zwischen dem 17. und 53. Lebensjahre beobachtet und erreichten ihr Maximum zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre. Stieldrehung kam 6mal (= 10·72%) vor.

Bei einer im 4. Monat Schwangeren machte sich die Laparotomie nötig, ohne den Verlauf der Gravidität zu stören. In einem anderen Falle war die Geschwulst sehr umfangreich: es handelte sich hier um einen Tubarabort mit Hämatokele und doppelseitiger Salpingitis.

In 12 Fällen bestanden Komplikationen an den Adnexen (Salpingitis, Perisalpingitis, Oophoritis etc.). In einem Falle, den man vaginal operiert hatte, fand sich Uterusmyom und Kystom des Parovarium. Alle übrigen Fälle wurden der Laparotomie unterworfen. Kein Todesfall.

Fibrome.

Geschwülste bindegewebigen Charakters fanden sich nur 10mal (= 1·43%), sind also sehr selten. Davon waren:

5 linkseitig
4 rechtsseitig
1 bilateral
10

---

[12]) Kossmann, Zentralbl. f. Gynaekologie, 1894/95.

Chronologisch geordnet ergibt sich:

Zwischen dem	20.	und	30.	Lebensjahre	1 =	10 Prozent
" "	30.	"	40.	"	1 =	10 "
" "	40.	"	50.	"	4 =	40 "
" "	50.	"	60.	"	4 =	40 "
					10 =	100 Prozent

Im jugendlichen Alter wurde das Fibrom bei einer Kranken von 26 Jahren, ein großer Tumor bei einer Frau von 57 Jahren beobachtet. Die größte Häufigkeit hat das Fibrom anscheinend in der Zeit zwischen dem 40. und 60. Lebensjahre. Da diese Tumoren bekanntermaßen sich sehr langsam entwickeln und nur selten eine beträchtliche Größe erreichen, ist es wahrscheinlich, daß man bei frühzeitiger Diagnose vielleicht eine Änderung bezüglich der Häufigkeit in den verschiedenen Lebensaltern finden würde. Denn unzweifelhaft liegen hier der Zeitpunkt der Operation und des Entwicklungsbeginnes weit voneinander. Stieltorsion trat 2mal ein (= 20%), ebenso fand sich 2mal (= 20%) Ascites.

Die angewandte Operation war stets die Laparotomie. Ein Todesfall ist nicht zu verzeichnen.

Zur Zusammenfassung sei noch einmal wiederholt, daß die Zahl der gutartigen Geschwülste des Ovarium und Parovarium sich auf 469 (= 67·09%) bezifferte. Davon waren:

212	rechtseitig
209	linkseitig
48	bilateral
469	

Auf die Lebensalter verteilen sich wie folgt:

Zwischen dem	10.	und	20.	Lebensjahre	16 =	3·41 Prozent
" "	20.	"	30.	"	157 =	33·47 "
" "	30.	"	40.	"	143 =	30·50 "
" "	40.	"	50.	"	83 =	17·70 "
" "	50.	"	60.	"	53 =	11·30 "
" "	60.	"	70.	"	15 =	3·20 "
" "	70.	"	80.	"	2 =	0·42 "
					469 =	100·00 Prozent

Die gutartigen Tumoren wurden zwischen dem 15. (gland. Kystom) und 77. Lebensalter (Dermoid) beobachtet. In größter Häufigkeit treten sie zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre auf (33·47%), am zweithäufigsten im darauffolgenden Dezennnium (30·50%). 13mal entfernte man den Tumor während der Gravidität (2·77%), ohne einen Todesfall, ohne auch eine Unterbrechung der Schwangerschaft herbeizuführen. Einen ebenso glücklichen Verlauf hatte die Exstirpation einer Geschwulst in der Zeit des Puerperium.

In 7 Fällen (1·49%) begegnete man extrauteriner Schwangerschaft und Tubarabort.

In 52 Fällen (11·09%) bestand Stieltorsion. Von Komplikationen von seiten der Gebärmutter fanden sich 12mal (2·55%) Myom und 1mal gonorrhoische Endometritis, von seiten der Adnexe 70 Fälle in Gestalt von Salpingitis, Perisalpingitis etc. Die Zahl der Komplikationen betrug also 156 (=33·26%), Adhäsionen nicht einbegriffen.

Als bevorzugte Operation wurde 462mal die abdominale Ovariotomie ausgeführt. Auf vaginalem Wege wurden 7 Tumoren exstirpiert, die Mehrzahl von ihnen war von Uterusmyom begleitet. Die Zahl der Todesfälle betrug 7 (= 1·49%) und ihre Ursache war 3mal septische Peritonitis, 2mal Lungenembolie, 1mal Herzfehler und 1mal Lungenemphysem. Seit 1899 ereignete sich kein weiterer Todesfall.

Bösartige Tumoren.

1. Ovarialkystome in maligner Degeneration.
2. Karzinome, Adenokarzinome etc.
3. Sarkome, Adenosarkome, Fibrosarkome.
4. Synzytiome.
5. Tuberkulöse Ovarialtumoren.

Bösartige degenerierte Kystome.

Sie beziffern sich auf 102 (= 14·50%) sämtlicher Tumoren. Davon gingen aus vom

linken Ovarium	34
rechten Ovarium	22
bilateral waren	46
	102

Auf die Lebensalter verteilen sie sich:

Zwischen dem 10. und 20. Lebensjahre	3 = 2·94	Prozent
„ „ 20. „ 30. „	12 = 11·76	„
„ „ 30. „ 40. „	21 = 20·58	„
„ „ 40. „ 50. „	34 = 33·33	„
„ „ 50. „ 60. „	24 = 23·52	„
„ „ 60. „ 70. „	8 = 7·84	„
	102 = 99·97	Prozent

Von diesen 102 Fällen sind 7 sarkomatös (zu diesen gehören die Fälle im jugendlichen Alter), 1 gemischt und die übrigen 94 krebsig entartete Kystome. Zum Unterschied von den anderen Kystomen neigen die Dermoide mehr zu sarkomatöser als karzinomatöser Entartung. Wegen Rezidiv wurden 4 Fälle (= 3·92%) operiert. In 5 Fällen (= 4·9%) bestand reichlicher Ascites, in 13 (= 12·74%) waren Metastasen vorhanden. Von gutartigen Komplikationen fand sich einmal Myom (= 0·98%) und 6mal Adnexerkrankung (= 5·88%). Die Zahl der ausgeführten Laparotomien betrug 95, die der Probelaparotomien 5 und Vaginalexstirpationen 2.

Todesfälle erfolgten 13 (= 12·74%), 6 durch Peritonitis (einer von diesen wurde mit 140 Puls und 36·6 Temperatur operiert), einer durch Bronchitis, einer durch Lungenembolie und die übrigen 5 durch allgemeine Karzinomatose. 2 der Todesfälle entfallen auf die Probelaparotomien.

Karzinome.

Ihre Zahl beläuft sich auf 86, beträgt also 12·3% sämtlicher Ovarialtumoren.

Vom linken Ovarium gingen aus	13
„ rechten „ „ „	16
doppelseitig waren	57 (= 66·27%)
	86

Nach ihrem Vorkommen in den verschiedenen Lebensaltern ordnen sie sich:

Zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre	7 = 8·13	Prozent
„ „ 30. „ 40. „	17 = 19·76	„
„ „ 40. „ 50. „	31 = 36·04	„
„ „ 50. „ 60. „	25 = 29·06	„
„ „ 60. „ 70. „	6 = 6·97	„
	86 = 99·96	Prozent

Ein Fall im jugendlichen Alter betraf eine Patientin von 21 Jahren, im höheren Lebensalter eine Frau von 66 Jahren. Am häufigsten, d. i. in 36·04%, trifft man das Karzinom zwischen dem 40. und 50. Lebensjahre. Bösartige Komplikationen bestanden in 54 Fällen (= 62·79%), am häufigsten solche des Peritoneum, des Omentum und des Uterus. In absteigender Reihenfolge ordnen sich so: Rektum, Magen, Darm, Leber, Bauchwandungen und Flexura sigmoidea. In 11 Fällen (= 12·79%) war reichlicher Ascites vorhanden. Komplikationen gutartiger Natur wurden nur 2mal angetroffen, und zwar handelte es sich einmal um Uterusmyom, das andere Mal um Hydrosalpinx. Die Größe dieser Karzinome schwankte sehr, doch hielt sie sich in der Mehrzahl der Fälle unterhalb der eines Mannskopfes und überstieg dieses Maß nur einmal. Im ganzen wurden 56 Laparotomien und 29 Probelaparotomien ausgeführt. In einem Falle versuchte man wegen Karzinom des Uterus und Ovarium die vaginale Totalexstirpation, mußte aber wegen des schlechten Befindens der Patientin die Operation abbrechen. Von den 24 Todesfällen (= 27·9%) sind 8

den Probelaparotomien und einer dem Versuch der vaginalen Totalexstirpation zuzuschreiben. Die Prozentzahl der Todesfälle bei Probelaparotomien beträgt demnach 30. 15 Patienten starben an den Folgen der ausgeführten Laparotomien (= 26·78%), davon 6 etwa einen Monat nach der Operation. Als Todesursache war in einem Falle traumatische, nicht septische Peritonitis, in einem anderen Nephritis, in weiteren 3 Fällen Lungenembolie anzunehmen. In den übrigen 19 Fällen wurde der Tod durch allgemeine Karzinose, Kachexie und Marasmus verursacht.

Zur Karzinomgruppe gehören noch 9 Fälle bei Kranken, die ohne operiert worden zu sein, starben, von diesen waren 8 doppelseitig und einer ging vom rechten Eierstock aus. Wenn wir diese 9 Fälle, die in so schlechtem Zustande waren, daß der Versuch einer Probelaparotomie ganz und gar ausgeschlossen war, den anderen 86 operierten hinzufügen, haben wir im ganzen 95 Fälle. Davon waren:

13 linkseitig
17 rechtseitig
65 bilateral (= 68·42%)
95

Auf die Lebensalter verteilen sie sich:

Zwischen dem 20. und 30. Lebensjahre	7	=	7·36	Prozent
„ „ 30. „ 40. „	18	=	18·94	„
„ „ 40. „ 50. „	34	=	35·78	„
„ „ 50. „ 60. „	29	=	30·54	„
„ „ 60. „ 70. „	7	=	7·36	„
	95	=	99·98	Prozent

Bringt man nun diese 95 Fälle zur Gesamtzahl aller übrigen Ovarialtumoren in Beziehung, so finden wir, daß der Krebs des Eierstockes in einer Häufigkeit von 13·59% auftritt. Maligne Komplikationen waren in 68·42%, d. i. 65mal, zu beobachten. Unter 95 Fällen waren 39 inoperabel (= 41·05%); bei 30 von diesen versuchte man die Operation, während in 9 Fällen jeder Versuch unmöglich blieb. Jedenfalls würde die Prozentzahl der inoperablen Fälle höher sein, als aus dieser Statistik hervorgeht, wenn man alle Kranken berücksichtigt hätte, bei denen man nur klinisch die Diagnose hat stellen können.

Sarkome.

(Sarkome, Fibrosarkome, Adenosarkome.)

Die Zahl dieser Tumoren beträgt 30, d. h. 4·29% sämtlicher Eierstocksgeschwülste. Davon sind:

11 linkseitig
6 rechtseitig
13 bilateral (= 43·33%)
30

Chronologisch ordnen sie sich folgendermaßen:

Zwischen dem 10. und 20. Lebensjahre	3	=	10·00	Prozent
„ „ 20. „ 30. „	5	=	16·66	„
„ „ 30. „ 40. „	7	=	23·33	„
„ „ 40. „ 50. „	7	=	23·33	„
„ „ 50. „ 60. „	5	=	16·66	„
„ „ 60. „ 70. „	3	=	10·00	„
	30	=	99·98	Prozent

Ein Fall im jugendlichen Alter betraf ein 11jähriges Mädchen, im höheren Alter eine Frau von 69 Jahren. Das Sarkom erreicht, abgesehen von seinem Vorkommen im Kindesalter, die höchste Frequenz in der Zeit zwischen dem 30. und 50. Lebensjahre, während Karzinom und bösartig degeneriertes Kystom zwischen dem 40. und 60. Lebensjahr ihr Maximum haben. Die Größe dieser Geschwülste, die fast immer der einer großen Faust entsprach,

erlangte nur in 2 Fällen die eines Kindskopfes. Die in 23·33% (= 7mal) beobachteten Metastasen betrafen Peritoneum und Uterus. Von Komplikationen fanden sich 2 Myome des Uterus, ein Lipom, ein papilläres Kystom des anderen Eierstockes, ein solches des Parovarium und außerdem noch in 2 Fällen doppelseitige Salpingitis. In 3 Fällen (= 10%) war reichlicher Ascites vorhanden. Die Zahl der Laparotomien betrug 27, die der Probelaparotomien 3. Die 3 beobachteten Todesfälle wurden alle durch Weiterschreiten des Prozesses verursacht; einer von ihnen erfolgte erst 2 Monate nach der Operation, während in einem anderen, wo man zur Erleichterung der Patientin bei der enormen Ascitesmenge nur eine Inzision machte, sofort der Tod eintrat.

Synzytiome.

Der in diese Kategorie gehörige eine Fall (= 0·14%) betrifft eine Frau von 24 Jahren. Der Tumor ging vom rechten Ovarium aus, das linke zeigte sich in zystischer, benigner Degeneration. Es wurde die Laparotomie ausgeführt. Die Patientin verließ die Klinik geheilt, vom späteren Befinden ist nichts bekannt.

Tuberkulose.

Unter 699 Ovarialtumoren wurden 2 tuberkulöser Natur angetroffen (= 0·28%), beide Male einseitig. Bei einer Kranken, 23 Jahre alt, wurde die Laparotomie ausgeführt mit gutem Erfolg, so daß die Patientin in gutem Zustande die Klinik verlassen konnte.

Bei dem anderen Falle handelte es sich um eine 52jährige Frau, die durch generalisierte Tuberkulose zugrunde ging, ehe man die Operation hatte ausführen können.

Heben wir noch einmal hervor, daß die Zahl der bösartigen Tumoren sich auf 230 beziffert, so ergibt das Verhältnis zu allen übrigen Eierstocksgeschwülsten eine Häufigkeit von 32·9%.

Vom linken Ovarium gingen aus	59
„ rechten „ „	47
doppelseitig waren	124 (= 53·91%)
	230

Auf die verschiedenen Lebensalter verteilen sie sich folgendermaßen:

Zwischen dem 10. und 20. Lebensjahre	6 = 2·61	Prozent
„ „ 20. „ 30. „	26 = 11·31	„
„ „ 30. „ 40. „	46 = 20·00	„
„ „ 40. „ 50. „	75 = 32·57	„
„ „ 50. „ 60. „	59 = 25·65	„
„ „ 60. „ 70. „	18 = 7·83	„
	230 = 99·97	Prozent

Die Mehrzahl der bösartigen Geschwülste entfallen auf die Zeit zwischen dem 40. und 50. Lebensjahre, denen an Häufigkeit das folgende Jahrzent mit 59 (= 25·65%) folgt. Die Zahl der bösartigen Komplikationen in anderen Organen beträgt 86 (= 37·3%). In 19 Fällen (= 8·26%) fand sich reichlicher Ascites. Komplikationen gutartiger Natur von seiten des Uterus und der Adnexe waren im ganzen 12mal (= 5·21%) zu beobachten, und zwar in Gestalt von Myomen, Salpingitis, Hydrosalpinx etc.

Nur einmal trat Stieltorsion ein, niemals ließ sich gleichzeitig Schwangerschaft konstatieren.

Zur Ausführung kamen 180 Laparotomien, 37 Probelaparotomien und 3 Vaginaloperationen, von denen eine unbeendet blieb. Von den 40 Todesfällen (= 18·18%) sind 12 im Gefolge von Probelaparotomien und 28 nach kompletten Laparotomien aufgetreten. Als Todesursache ist anzuführen 7mal Peritonitis, davon 4 septische Fälle, 3mal nicht septischer Natur, einmal Nephritis, einmal Bronchitis, 4mal Lungenembolie und 27mal allgemeine Karzinose. Dazu kommen weitere 10 Todesfälle, die bei nicht Operierten eintraten und alle durch Fortschreiten

des Krankheitsprozesses bedingt waren, so daß damit die Mortalität auf 21·74% steigt. Die Zahl der inoperablen Tumoren betrug 48 (= 20·87%), während allein unter den Karzinomen 41·05% inoperal waren.

Es mögen jetzt in einer Tabelle die Prozentsätze über die Häufigkeit folgen, welche für jede Gruppe der Ovarialgeschwülste in der Dresdner und Leipziger Frauenklinik gefunden worden sind.

	Leipzig-Lippert	Dresden-Verfasser
Kystome, glanduläre	389 = 60·97 Prozent	338 = 48·35 Prozent
Dermoidkystome	66 = 10·35 "	66 = 9·44 "
Parovariumkystome	43 = 6·74 "	55 = 7·86 "
Fibrome	11 = 1·72 "	10 = 1·43 "
Kystome, papilläre	30 = 4·70 "	102 = 14·59 "
Andere maligne Kystome	15 = 2·35 "	
Karzinome	68 = 10·66 "	95 = 13·59 "
Sarkome	16 = 2·51 "	30 = 4·29 "
Synzytiome	—	1 = 0·14 "
Tuberkulose	—	2 = 0·28 "
	638 = 100·00 Prozent	699 = 99·97 Prozent
Mortalität d. benign. Ovarialgeschwülste	20 = 3·71 Prozent	7 = 1·49 Prozent
Mortalität d. malign. Ovarialgeschwülste	13 = 13·13 "	40 = 18·18 "
Gesamtmortalität	33 = 5·17 "	47 = 6·82 "

Bei einem Vergleich der gut- und bösartigen Ovarialtumoren finden wir unter 469 benignen Tumoren nur 48 doppelseitige (= 10·23%), während unter 230 malignen 124 doppelseitig auftreten (also 53·91%), eine Erscheinung, die nichts anderes besagt, als daß unter 100 doppelseitigen Eierstocksgeschwülsten 72·1% maligner und nur 27·9% benigner Natur sind. Eine Tatsache, die der Gynaekologe niemals vergessen darf, daß bei einem doppelseitig auftretenden Ovarialtumor stets der Verdacht der Malignität vorhanden sein muß. Eine andere große Verschiedenheit zwischen gut- und bösartigen Geschwülsten finden wir hinsichtlich ihres Auftretens in den verschiedenen Lebensaltern. Während nämlich bei den ersteren das Maximum der Frequenz in der Zeit zwischen dem 20. und 40. Lebensjahre liegt, findet es sich bei den letzteren zwischen dem 40. und 60. Jahre, ein Lebensalter, in dem wir unter 100 Tumoren 49·63% bösartiger Natur antreffen. Mit anderen Worten, ungefähr die Hälfte aller Geschwülste, die in diesem Zeitabschnitt auftreten, sind maligne. Ein Ovarialtumor ferner, der in den ersten 15 Lebensjahren sich zeigt, ist mit größter Wahrscheinlichkeit als maligner zu betrachten, und meistenteils als Sarkom oder sarkomatös degeneriertes Kystom zu deuten. Und in der Tat waren die in diesem Alter beobachteten einzigen 3 Fälle, 2 Sarkome und 1 Kystom in sarkomatöser Degeneration. Übrigens ist diese Neigung der Sarkome, schon im kindlichen Lebensalter aufzutreten, hinreichend bekannt. Marchand[13]) beschrieb einen Fall bei einem Kinde von 4 Jahren, und Doran[14]) fand das Vorhanden-

[13]) Marchand, Kleinzelliges Sarkom der Ovarien bei einem 4jährigen Mädchen. Berliner Klin. Wochenschr., 1894, pag. 45.

[14]) Temesvary, Beiträge z. Patholog. d. Ovarialsarkome. Verhandl. d. Deutschen Ges. f. Gyn., Bd. VI, pag. 746.

sein eines Sarkoms sogar bei einem Foetus von 7 Monaten. Die Zahl der Todesfälle beläuft sich auf 57 (= 7·86%), unter denen 10 überhaupt nicht operiert worden waren. Wenn wir von diesen absehen, haben wir 47 Todesfälle bei 689 Operierten, d. i. eine Mortalität von 6·82%. Und unter diesen sind einige Fälle, die unter sehr erschwerten Bedingungen operiert wurden. Außerdem sind weitere 12 auf Rechnung der Probelaparotomien zu setzen. Trennen wir nun gutartige und bösartige Geschwülste voneinander, so haben wir bei ersteren eine Mortalität von 1·49%, bei letzteren eine solche von 18·18%.

Eine solche prozentuale Sterblichkeitsziffer ist leicht verständlich, wenn man bedenkt, daß in vielen Fällen die Patienten in einem erbärmlichen Ernährungszustande zum Arzte kommen und daß bei der Mehrzahl andere sehr wichtige Organe von demselben bösartigen Prozesse befallen sind. Und in der Tat wurde in der Mehrzahl der Fälle der Tod einzig und allein durch Weitergreifen des malignen Prozesses verursacht. Ferner findet man bei diesen Kranken, besonders wenn der Tumor schon sehr weit vorgeschritten ist, bereits Peritonitis lange vor der Operation bestehen. Demnach betrug die Zahl der septischen Peritonitiden nur 4 — der letzte erfolgte im Jahre 1899 —, und bei den gutartigen Geschwülsten erfolgten unter 7 Todesfällen — der letzte im Jahre 1899 — nur 3 infolge septischer Peritonitis. Seit 7 Jahren kam also kein Todesfall an Sepsis nach der Operation vor, eine Tatsache, die den immerwährenden und andauernden Fortschritt in der Asepsis beweist.

Ausgezeichnet waren die Resultate, die bei Operationen während der Gravidität zu verzeichnen waren, so daß bei 13 Operierten nicht ein Todesfall zu beklagen, ja nicht einmal der Schwangerschaftsverlauf gestört war.

Wenn man die Störungen bedenkt, die ein Ovarialtumor nicht nur während der Gravidität, sondern auch in der Geburt, bis zur Behinderung derselben, durch das schnelle Wachstum der Tumoren während der Schwangerschaft hervorrufen kann, so ist es nicht zulässig, zum Abwarten zu raten, das zwar bequem, aber auch sehr gefährlich werden kann. Zweckentsprechender ist die operative Entfernung der Geschwulst. Doch soll man nicht warten, bis die Gravidität weiter vorgeschritten ist, da während der ersten Monate die Operationsbedingungen günstiger liegen. Auch ist es nicht ratsam, zur Ovariotomie in den Tagen zu schreiten, die der Menstruationszeit entsprechen. Denn in diesen physiologischen Krisen der Gravidität neigt die Schwangere bekanntermaßen schon normalerweise zu Abort oder Frühgeburt. Auch im Puerperium kann man die Ovariatomie in Anwendung bringen, doch schiebt man in diesen Fällen den operativen Eingriff besser hinaus, bis die Patientin in die 5.—6. Woche nach dem Partus eingetreten ist. In Fällen von Tubargravidität oder Abort muß man selbstverständlich sofort eingreifen, sei es wegen schleuniger Entfernung der Tube, sei es wegen Wegschaffung des Ovarialtumors. Bei den bösartigen Eierstocksgeschwülsten, besonders den Karzinomen, bleibt zu erinnern, daß bei der großen Häufigkeit, mit der diese Tumoren doppelseitig auftreten, das größte Gewicht auf die Entfernung beider Ovarien zu legen ist, um, wie schon Steffeck[15]) geraten hat, eine sehr wahrscheinliche Ursache des Rezidivs zu entfernen.

Zusammenfassendes Ergebnis.

1. Die bösartigen Ovarialtumoren treten, nach unserem Material, mit einer Häufigkeit von 32·9% im Verhältnis zu sämtlichen Eierstocksgeschwülsten auf.

2. Doppelseitigkeit spricht im allgemeinen für Malignität.

---

[15]) Steffeck, Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXVIII, pag. 147.

3. Die Ovarialtumoren, die man zwischen dem 40. und 60. Lebensjahre antrifft, sind in ungefähr der Hälfte der Fälle bösartig.

4. Die Ovarialtumoren, die in der Kindheit bis zirka zum 15. Lebensjahre auftreten, sind fast immer Sarkome oder sarkomatös degenerierte Kystome.

5. Jeder Ovarialtumor, gleichviel welcher Natur und Größe, muß entfernt werden, sobald man die Diagnose hat stellen können.

6. Jeder Ovarialtumor jeder Größe, den man in der Schwangerschaft findet, muß sobald als möglich operiert werden.

7. Auch im Puerperium kann man ohne Gefahr die Ovariotomie ausführen.

8. Bei malignem Ovarialtumor, besonders bei Karzinom, ist es gut, auch das andere Ovarium zu entfernen.

9. Die im allgemeinen zu empfehlende Operationsmethode ist die Laparotomie, besonders bei malignen Tumoren, weil sie vor der vaginalen Operation den großen Vorzug hat, eine ausgedehnte Besichtigung der benachbarten Organe zu gestatten.

Pyloruskrämpfe geheilt mit Eumydrin.

Von Dr. **Lothar Austerlitz,** Frauenarzt in Pilsen.

Das Vorkommen von Krampfzuständen der Pylorusmuskulatur hat schon Kußmaul vermutet; heute ist die Existenz dieser Spasmen sicher bewiesen (vgl. Rüdimeyer, Archiv der Verdauungskrankheiten, 7).

Sie entstehen zumeist reflektorisch, sei es infolge von Entzündungen der Schleimhaut, sei es infolge abnormer Erregbarkeit der Muskulatur bzw. Reizungen des Auerbachschen Plexus. Auch die normale Magenoberfläche kann durch einen hyperaziden Mageninhalt so gereizt werden, daß Pyloruskrämpfe ausgelöst werden.

Ich hatte nun zufällig im Verlaufe eines Jahres Gelegenheit, zwei Wöchnerinnen zu beobachten, bei denen — wahrscheinlich auf nervöser Basis — kurz nach der Entbindung eine hochgradige Hyperazidität des Magensaftes aufgetreten war. Im Anschluß daran stellten sich ungemein schmerzhafte, quälende Pylorusspasmen ein, die ohne Veranlassung (Diätfehler etc.) auftraten. Bei der ersten der beiden Patienten waren die Symptome so bedrohlich, daß ich schon entschlossen war, den Säugling absetzen zu lassen, um die Möglichkeit zu haben, mit Narkotizis die Schmerzen zu bekämpfen. Schließlich machte ich doch noch einen Versuch mit dem Antispasmodikum Eumydrin. Ich gab im Beginn des Anfalles 1 *mg* Eumydrin zusammen mit $^1/_2$ *g* Natr. bicarb. Zu meiner Überraschung gelang es, den Anfall, der sonst stets längere Zeit gedauert hatte, binnen wenigen Minuten zu kupieren. Nachdem gab ich zu den regelmäßig nach den Mahlzeiten einzunehmenden Natr. bicarb.-Dosen einen Eumydrinzusatz, und zwar 0·01 *g* Eumydrin auf 30 *g* Natr. bicarb. und hatte die Genugtuung, daß überhaupt kein Anfall mehr eintrat, obwohl die HCl-Menge des Magensaftes sich trotz entsprechender Diät nur unwesentlich vermindert hatte. Die Pupillenreaktion der Wöchnerin blieb anscheinend normal, auch beim Säugling traten keine abnormen Erscheinungen auf. Bei der zweiten Wöchnerin kam es überhaupt nur zu einem Anfall, weil ich sofort nach der ersten Attacke zur gewöhnlichen Natr. bicarb.-Dosis den Eumydrinzusatz wie oben gab.

Bei einem dritten Fall, eine Frau mit Enteroptosis und starker Dilatatio ventriculi, die gleichfalls an sehr schmerzhaften Pyloruskrämpfen litt, gelang es mir gleichfalls, die Anfälle mit 1 *mg* Eumydrin zu kupieren.

Meine Beobachtungen zeigen zur Evidenz, daß das Eumydrin ein wertvolles Antispasmodikum ist, das vielleicht auch bei anderen Spasmen, z. B. Asthma bronchiale etc., versucht zu werden verdient.

Über instrumentelle Perforationen und Pseudoperforationen des Uterus.

Von Dr. **Felix Heymann**, Berlin-Charlottenburg.

(Fortsetzung.)

58. v. Erlach (1899). Dilatation und Austastung eines großen retroflektierten Uterus ergibt eine walnußgroße Geschwulst im Fundus. Mit der Schulzeschen Löffelzange wird erst etwas weiches Gewebe herausbefördert. Beim zweiten Eingehen perforiert sie ohne fühlbaren Widerstand bis 20 *cm*, befördert etwas Fettgewebe heraus, Vaginale Totalextirpation. Uterus hochgradig zerreißlich. Loch 1 zu $1^1/_2$ *cm*. Histologisch malignes „Hämatoangioendotheliom". Verlauf normal. Späteres Rezidiv ergibt Sarkom.

59. J. O. Polak (1899). Etwa $^1/_2$ Jahr nach Laparotomie wegen Tubengravidität soll wegen anscheinenden Adnextumors köliotomiert werden. Bei präliminarem Curettement Perforation mit Goodell. Riß im rechten Horn. Beim Einführen der Curette erkannt. Starke Reaktion. Puls 160. Laparotomie. Viel Verwachsungen, Darm reißt ein. Adnexe fehlen. Der Tumor war ein Exsudat. In der $^3/_4$ Zoll langen Perforation 5 dicke vereiterte Seidennähte.

60. Boldt (1902). Fibromyom. Curettement. Die Curette verschwindet 3mal. Der Arzt nimmt Tubensondierung an. Nach 2 Tagen Peritonitis. Am 4. Tage Laparotomie. Es findet sich, daß das gangränöse Myom die Uteruswand durchbrochen hat und 3mal perforiert ist. Totalexstirpation. Exitus.

Diesen Fällen schließt sich mein eigener an als

61. Prolaps, Retroflexio, präliminares Curettement. Simssche Curette perforiert, ohne daß ein Widerstand zu fühlen ist. Keine Spülung; Kolpotomie, Naht des $^1/_2$ *cm* langen, kaum blutenden Risses am Fundus. Muskulatur sehr brüchig, so daß bei der Naht der Perforationswunde und der Kugelzangenbisse mehrere Fäden durchschneiden. Vaginifixation, Kolporrhaphia anterior, Kolpoperineorrhaphie. Ganz glatte Heilung.

Endlich als 62ster der oben mitgeteilte Fall von Siefart.

Wir haben somit 62 Fälle, in denen eine Durchbohrung des Uterus, welche durch ein in denselben eingeführtes Instrument entstanden war, durch Inspektion sichergestellt worden ist. Die Inspektion fand statt bei der Autopsie in mortuis in 9 Fällen (1., 2., 3., 9., 11., 37., 54., 56., 57.), bei den übrigen durch Besichtigung bei einer Operation, und zwar erfolgte diese Operation teils im direkten Anschlusse an die Verletzung, teils in einem 1 Tag bis einige Wochen betragenden Abstand davon, in einem Falle sogar erst nach 9 Monaten. In der Mehrzahl dieser Fälle fand man bei der Besichtigung die Wunde noch offen, zum Teil mit mehr oder weniger vorgeschrittenen Heilungsvorgängen. Nur in 3 Fällen (6., 28., 38.) waren nicht mehr Wunden, sondern nur noch Narben vorhanden. Doch genügen auch diese im Verein mit der klinischen Beobachtung, um die stattgehabte Perforation sicher zu beweisen.

Ein ebenfalls sicherer Beweis für dieses Ereignis bietet das in 3 Fällen beobachtete Einheilen von Netz in den Uterus. Ich lasse deshalb diese 3 Fälle anhangsweise folgen, obwohl sie nur für einen Teil der anzuschließenden Erörterungen mit in Betracht gezogen werden können.

62. Küstner (1903). Nach Curettement von anderer Seite entzündliche Erscheinungen. Bei der mehrere Jahre später von Küstner vorgenommenen Hysterektomie findet er das Netz mit dem Uterus verwachsen und durch die Wand hindurch in das Cavum uteri hineinreichend. Es kann nur bei dem Curettement entweder direkt durch die Curette in den Uterus hineingezogen worden oder in die durch Perforation entstandene Öffnung unter der Einwirkung des intraabdominalen Druckes hineingeschlüpft sein.

63. Küstner (1903). Zweiter Fall mit ganz gleichem Befund bei der Hysterektomie. Auch hier war eine Ausschabung lange Zeit vorausgegangen.

64. Pollak (1903) entfernte einen Uteruspolypen, welcher lediglich aus Fettgewebe bestand. 9 Jahre früher war Patientin ausgeschabt worden. Im Anschluß daran waren eine Ohnmacht und Schmerzen eingetreten, welche bald verschwanden. Auch diese Beobachtung läßt sich nur durch das Eindringen von Netz in die Perforationsöffnung erklären.

Die Zahl der sichergestellten instrumentellen Uterusperforationen beträgt mit diesen 3 Fällen also 65.[1])

Diesen gegenüber stehen 3 Fälle von Paralyse des nichtschwangeren Uterus und 7 Fälle von Tubensondierung, zusammen 10 Fälle von Pseudoperforation.

1. Kossmann (1900). Curettement vor Kolpotomie bei leichter Retroversio. Die Curette dringt 14 *cm* tief ein. Nach Zurückziehen derselben und kombinierter Untersuchung wird die Curette wieder eingeführt, stößt jetzt bei 7 *cm* auf Widerstand. Auskratzung ohne besondere Wahrnehmungen beendet. Bei der Kolpotomie zeigt sich der Uterus, der sehr beweglich und bis in den Douglas hinein genau zu übersehen ist, vollkommen intakt, auch frei von subserösen Blutungen.

2. Derselbe (1904). Retroversio, Pyosalpinx sinistra, Pelviperitonitis. Curettement vor Kolpotomie. Curette dringt 14 *cm* ohne Widerstand ein, läßt sich nach beiden Seiten bewegen. Nach Herausziehen der Curette stößt die nunmehr eingeführte Sonde bei 7 *cm* auf den Widerstand des Fundus, ebenso die danach wieder eingeführte Curette. Curettement beendet, dabei fester Widerstand der Muskulatur. Formalininjektion. Colpotomia anterior. Die Inspektion des Uterus zeigt diesen vollständig intakt. Salpingektomie. Vaginifixur. Fieberlose Heilung.

3. Craig (1904). Ausschabung eines Uterus von $7^1/_2$ *cm* Länge. Plötzlich dringt die Sonde (?) mehr als 11 *cm* tief ein. C. laparotomiert, findet den Uterus intakt. (Die Originalmitteilung ist mir leider nicht zugänglich. Das Referat bei de Bovis ist sehr kurz, gibt z. B. nicht an, ob Schwangerschaft vorlag).

4. Bischoff (1872). 65jährige Frau mit Ovarialkystom von 26 *cm* Höhe und 29 *cm* Breite Uterussonde dringt mehrmals 17 *cm* weit ein. Ovariotomie, Peritonitis, Exitus. Die Obduktion zeigt den Uterus stark nach rechts geneigt, 9 *cm* lang. Im Fundus ein taubeneigroßes interstitielles Fibrom. Die linke Tube, deren Ostium uterinum sich an der höchsten Stelle des Uterus befindet, ist trichterförmig erweitert, verläuft gerade nach oben. An der Leiche gelingt die Tubensondierung leicht.

5. Floeckinger (1898). Mannsfaustgroßes subseröses Myom im Douglas. Corpus uteri gänseeigroß. Myomstiel fingerdick. Abortus imperfectus. Nach Dilatation und Ausräumung Sonde eingeführt, die bis zum Griff verschwindet. 5 Monate später, vor der Laparotomie, verschwindet die in den Uterus eingeführte Sonde wieder bis zum Heft. Bei der Öffnung der Bauchhöhle wird die Sonde in der Tube gefunden. Der Uterus war um die Vertikalachse gedreht, die Tube nach außen schräg aufwärts gerichtet und gespannt. Myomektomie, glatte Heilung.

6. W. Hind (1898) sondierte die linke Tube bei der Untersuchung einer Frau mit Dermoidzyste des linken Ovariums. Bei der Ovariotomie zeigte es sich, daß die Sonde durch die ganze Länge der Tube hindurchging. Über die Größe des Tumors und die Lage der Tube ist nichts angegeben.

---

[1]) Anmerkung bei der Korrektur. Nach der Einsendung meiner Arbeit an die Redaktion ist der Vortrag von R. v. Braun-Fernwald (Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 39, pag. 1161) sowie die Diskussion über denselben in der Wiener geburtshilflichen Gesellschaft (Zentralbl., 1907, pag. 1478) erschienen, in welcher unter zahlreichen puerperalen Fällen auch einige Verletzungen des nicht puerperalen Uterus mitgeteilt wurden (3 Fälle Fleischmanns, einer von Halban). Drei einschlägige neue Beobachtungen enthält die Arbeit von Kuntzsch (Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 51, pag. 1590). Auch ein Fall von Augustin (Dissertation, Basel 1906) und die Arbeit von Kiriak (Wiener klinisch-therapeutische Wochenschrift, 1906, Nr. 25/26) sind erst jetzt zu meiner Kenntnis gelangt. Sie konnten im einzelnen für das folgende nicht verwertet werden, werden aber nur zur Bestätigung der erhaltenen Schlußfolgerungen dienen.

7. Ahlfeld (1902). Retroversio mobilis. Sonde stößt bei 7 *cm* an den Fundus, nach links gewendet dringt sie bis 10 *cm* ein. 3 Wochen später, vor Ventrifixur wiederholt sich der Vorgang. Bei der Laparotomie weder Verletzung noch Narbe nachzuweisen.

8. Machenhauer (1902). Kleinfaustgroßer myomatöser Uterus und rechts orangegroße intraligamentäre Zyste. Uteruslänge zirka 10 *cm*, Sonde dringt in der rechten Tubenecke ohne jeden Widerstand noch 7 *cm* weiter, erst nach rechts, dann nach hinten, und zwar bei mehreren Sondierungen in gleicher Weise. Laparotomie zeigt den Uterus vollständig intakt. Glatte Heilung.

9. Thorn (1904). Mannskopfgroßer myomatöser Uterus. Sonde trifft nach 14 *cm* auf Widerstand. Nach leichtem Überwinden desselben gleitet die Sonde mit einem Ruck bis zum Heft nach rechts oben. Thorn nimmt Perforation an, findet aber am nächsten Tage bei der abdominalen Totalexstirpation den Uterus intakt. Die rechte Tube ist steil gestellt und das Ostium uterinum Tubae durch eine Kuppe des Myoms trichterförmig erweitert.

10. Thorn (1904). Rechtseitiger kindskopfgroßer Ovarialtumor mit Steildrehung und Peritonitis. Uterus infantil, höchstens 6 *cm* lang. Die Sonde dringt in der Richtung des linken Horns tiefer ein, verschwindet plötzlich mit einem Ruck. Perforation diagnostiziert. Laparotomie zeigt Steilstellung des linken Horns, die abnorm lange linke Tube verläuft straff gespannt nach außen oben und ist 6 *cm* vom Ostium uterinum perforiert.

Zwei andere Fälle von Paralyse betreffen den abortierenden (Frédéricz) resp. puerperalseptischen Uterus (Beaussenat), gehören also nicht hierher.

Kehren wir zu den Perforationen zurück, so ist zunächst festzustellen, durch welche Instrumente und auf welche Art und Weise die Verletzung zustande kam.

Instrumente und Zustandekommen der Perforation.

In 2 Fällen (26·53) war das perforierende Instrument die Orthmannsche Sondenzange. Es ist wahrscheinlich, daß mit diesem Instrument nicht schon beim Einführen der Sondenbranche die Uteruswand durchstoßen wurde, sondern daß dies entweder erst beim Anheben des Uterus erfolgte, wobei ein erheblich größerer Druck aufgewendet wird als beim Einführen, oder daß der sich kontrahierende Uterus sich auf die in ihm unbeweglich fixierte Sondenspitze gleichsam aufspießte. In 6 Fällen erfolgte die Verletzung durch einen Dilatator; und zwar ist für die Fälle 33 und 55 nicht angegeben, welcher Art der Dilatator war, im Fall 24 wurde zuerst mit einer Sonde, sodann mit dem (zweiblättrigen) Goodellschen Dilatator perforiert, im Fall 48 wurde zuerst die Zervix durch den Goodellschen Dilatator nach dem Parametrium zu zerrissen, vollständig wurde die Perforation aber erst durch die Sonde gemacht, welche das Peritoneum hinter der Tube durchbohrte, im Fall 59 perforierte erst ein Goodell-Dilatator, dann die Curette und im Fall 54 waren Dilatatoren nach Wilson und Ellinger verwendet worden. Ein mehrblättriger Dilatator wird den Uterus nicht beim Einschieben durchstoßen, sondern bei gewaltsamem Spreizen zerreißen. Die Art der Verletzung ist somit eine ganz andere als die durch Sonden, Curetten, allgemein gesagt, einarmige Instrumente.

Gesondert zu betrachten sind ferner die Perforationen, welche bei oder nach intrauteriner, elektrischer oder elektrokaustischer Behandlung beobachtet wurden (15, 36, 51), denn es ist denkbar, daß diese nicht primär durch Durchstoßen der Elektrode durch die Wand, sondern sekundär in der Weise enststanden sind, daß zunächst eine zirkumskripte Verbrennung der Wand eintrat und daß entweder der gebildete Schorf sich abstieß und ein Loch zurückließ oder daß die Uteruswand so verdünnt und geschwächt wurde, daß sie beim späteren Einführen eines Instruments sofort nachgab. Dieser Vorgang wäre analog der sekundären Entstehung von Perfo-

rationen des schwangeren Uterus durch zirkumskripte Gangrän nach kriminell abortiven Eingriffen, auf welche Picqué die Aufmerksamkeit gelenkt hat, oder nach Einspritzung kaustischer Flüssigkeiten in den Uterus, wie sie von Pothérdt beobachtet wurde, und der sekundären Perforation nach Zestokausis. Einen Fall der letzteren Art mit tödlichem Ausgang hat bekanntlich Van de Velde aus der Treubschen Klinik publiziert.

Zu diesen 10 Fällen (26, 53, 33, 48, 15, 36, 51, 54, 55, 59) kommen 6, in denen die Perforation zwar bei einem Curettement erfolgte, das verletzende Instrument aber nicht genau angegeben ist (8, 38, 56, 63, 64, 65). Im Fall 58 durchbohrte v. Erlach den Uterus mit der Schulzeschen Löffelzange. Es geht aber aus seiner Beschreibung hervor, daß die Perforation beim Hineinschieben des geschlossenen Instrumentes erfolgte, daß dieses also wirkte wie ein einarmiges Instrument. Außerdem bleiben 48 Fälle, in denen sicher ein einarmiges Instrument (Sonde, Katheter, Bougie, Curette) den Uterus durchbohrte. Dies können alle diese Instrumente, auch die Curetten, wenn sie nicht ganz falsch geformt sind, nur beim Hineinschieben in den Uterus, nicht etwa im Moment des Zurückziehens, d. h. für die Curette im eigentlichen Augenblick des Schabens. Deshalb ist es für das Zustandekommen der Verletzung im Prinzip gleichgültig, welches (einarmige) Instrument in die Gebärmutter eingeführt wird; nur wird natürlich ein Instrument um so leichter eindringen, je dünner es ist, andrerseits ein dickeres Instrument ein größeres Loch setzen, und für die Curetten besteht die Gefahr, besonders, wenn die Verletzung nicht bemerkt wird, die Wunde durch fortgesetztes Schaben zu vergrößern und zu zerfetzen.

Im einzelnen wurde unter den 48 Fällen 24mal allein oder zuerst mit einer Uterussonde perforiert, in den Fällen 1, 3, 4, 5, 6, 12, 14[1]), 16, 18, 19, 27, 28, 29, 31, 32, 39, 40, 44, 45, 62 nur mit der Sonde, in Fall 7, 25, 30 erst mit Sonde, dann mit Curette und im Fall 24 (oben schon erwähnt) erst mit Sonde, dann mit Goodellschen Dilatator.

In einem Fall (34) entstand die Verletzung durch eine elastische Bougie, in 2 Fällen durch Hegarstifte (17, 35), in einem Fall (9) durch einen Uteruskatheter. Zusammen sind das 28 primäre Perforationen durch Sonden und sondenartige Instrumente.

In 20 Fällen entstand die Verletzung primär durch eine Curette, davon 18mal durch eine gewöhnliche Curette (Fall 2, 13, 20, 21, 22, 23, 37, 41, 42, 43, 46, 47, 49, 50, 52, 57, 60, 61), zweimal durch eine Spülcurette (Fall 10, 11).

Es stehen sich also gegenüber 25 Perforationen durch Sonden und ähnliche Instrumente, 20 Curettenperforationen und 3 Fälle, in denen erst die Sonde und dann die Curette den Uterus durchbohrte.

Nach Stumpf waren unter 178 Perforationen, die er mit Einschluß puerperaler Fälle und ohne Berücksichtigung der Inspektion zusammenstellte, 119 durch Curetten, 30 durch Sonden und Katheter, je einer durch Hegarstift und Laminaria, 17 durch andere Dilatatoren entstanden.

Für die erheblich geringere Verhältniszahl, die in meiner Zusammenstellung auf die Curette entfällt, vermag ich eine zutreffende Erklärung nicht zu geben. Einen Schluß darauf, ob bei der Sondierung oder bei der Ausschabung die Gefahr zu perforieren größer ist, d. h. bei welchem diese Eingriffe relativ häufiger Perforationen vorkommen, lassen diese Aufstellungen schon deshalb nicht zu, weil keine Zahlen über die Häufigkeit der Eingriffe selbst vorliegen.

[1]) Fall Dubar. In diesem Falle bedeutet die angewandte Bezeichnung „cathéter" für das perforierende Instrument wie häufig im Französischen, nicht Uteruskatheter, sondern Sonde.

Ätiologie.

Prädisponieren bestimmte Erkrankungen der Genitalien den Uterus für die Perforation?

In 8 von den 65 Fällen (8, 20, 41, 48, 54, 63, 64, 65) ist weder über die Indikation zu dem Eingriff, bei dem der Uterus durchbohrt wurde, noch über eine etwaige pathologische Beschaffenheit des Myometrium Sicheres festzustelllen. In den 3 Fällen von elektrischer oder elektrokaustischer Behandlung ist, wie schon gesagt, an eine direkte Zerstörung der Uteruswand durch den Eingriff zu denken. 3mal war die Perforation durch grobe diagnostische Irrtümer oder technische Ungeschicklichkeit verursacht (24, 34, 37). Ferner ist es richtiger für die Frage der Ätiologie, von den Perforationen durch die Orthmannsche Zange (26, 53) und durch Dilatatoren (außer den schon abgezogenen Fällen 48 und 54 noch 33, 55, 59) abzusehen. Es verbleiben 46 Fälle. Bei diesen lag vor:

10mal entzündliche Erkrankung des Uterus (Endometritis, Metritis, Metrorrhagien) im Fall 9, 16, 38, 43, 45, 46, 49, 52, 56, 57).

7mal entzündliche Adnexerkrankung — Fall 22, 23, 35, 40, 42, 47, 50 —, wobei, auch wenn es nicht ausdrücklich erwähnt ist, sicher gleichzeitig eine Endometritis vorhanden war.

3mal Uteruskarzinom, Fall 2, 17, 32.

1mal Sarkom (Hämatangioendotheliom, 58).

4mal Myom — 7, 21, 25, 60 —, darunter eine Kranke (21), bei welcher die Myome nach Kastration stark geschrumpft waren.

6mal Ovarialtumoren — 4, 5, 6, 19, 28 und 3 (Sarkom).

7mal Prolaps — 10, 11, 13, 29, 30, 31, 44.

6mal Retroversioflexio — 1, 12, 14, 18, 27, 62.

2mal Prolaps und Retroversioflexio kombiniert — 39, 61.

Diese Aufstellung enthält ungefähr alle Genitalerkrankungen, die überhaupt in Frage kommen können, und keine prävaliert so, daß sie als besonders begünstigend für die Perforation angesehen werden könnte. Die nächste Ursache für dieses Vorkommnis war in sehr vielen Fällen sicher eine aborme Weichheit und Zerreißlichkeit des Uterus. Daß diese durch ein Korpuskarzinom bedingt sein kann, leuchtet ohne weiteres ein. In anderen Fällen sind als anatomisches Substrat der großen Zerreißlichkeit degenerative Vorgänge in der Uterusmuskulatur festgestellt worden, so von Rabl-Rückhardt (1) zirkumskripte Umwandlung des Myometriums in kavernöses Gewebe, von Kentmann und Schulze-Vellinghausen (31, 44, 45) Myometritis oedematosa mit Degeneration der Gefäßwände, ganz ähnliche Veränderungen von Segond (Fall 35) sowie Baron und Herzog (57). In Fall 40 glich die Beschaffenheit des Myometrium der des Myokards bei brauner Atrophie. In weiteren Fällen wurde die außerordentliche Weichheit und Brüchigkeit nur klinisch beobachtet. Sie zeigte sich erstens in dem Durchdringen des Instruments ohne jede Gewalt und bei kaum (1) oder gar nicht fühlbaren Widerstand (16, 29, 39). Bei dem extremsten Grade glich die Konsistenz der von „Gänsefett“ (Gläser) und die Sonde durchbohrte die Uteruswand durch ihr eigenes Gewicht. Außerdem trat die Zerreißlichkeit nach Durchschneiden der Fäden beim Nähen zutage (16, 26, 61).

v. Guérard hat den höchsten Grad dieser Erweichung als eigenes Krankheitsbild charakterisiert, welches nur durch Uterusexstirpation geheilt werden könne, da die Blutung und der Ausfluß mit der Zeit zu tödlicher Kachexie führen und die Behandlung

durch Ausschabung der sicher eintretenden Perforation wegen unmöglich sei. Aber nicht nur die klinisch nachgewiesene Brüchigkeit, sondern auch die histologisch nachweisbare Degeneration ist in den einzelnen Fällen mit sehr verschiedenen Zuständen kombiniert, so im Fall 29, 31, 44 mit Prolaps, 45 mit hämorrhagischer Endometritis, 40 mit entzündlicher Adnexerkrankung. Die Symptome, welche den Anlaß zu der intrauterinen Behandlung geben, enthalten also keinen Anhaltspunkt für das Bestehen einer derartigen Erweichung. Ein Unikum ist die Beobachtung Polaks, bei dessen Patientin 1/2 Jahr früher eine Tubargravidität operiert und die Uteruswand in der Tubenecke durch Vereiterung der damals benutzten, sehr starken Seidenfäden usuriert worden war. Küstner nimmt für seinen ersten Fall als Ursache der Perforation partielle Verletzungen durch zu tiefes Kratzen bei einer früheren Ausschabung an. Bei meiner Patientin waren im Laufe der Jahre eine manuelle Plazentarlösung und zwei Curettements — beide im Puerperium — vorausgegangen. Sicher kann die Uteruswand durch oft wiederholte und noch mehr durch unrichtig ausgeführte Eingriffe geschwächt werden. Daß aber auch ohne intrauterine Eingriffe das Myometrium degenerieren kann, zeigt unter anderem Fall 44, in dem zwar 10 ausgetragene und 2 vorzeitige Geburten, aber kein intrauteriner Eingriff vorangegangen waren. Auch in Fall 28 (Gläser) ist über frühere Geburten, aber nicht über Ausschabungen berichtet. Es kann also aus verschiedenen Gründen, durch Entzündung, Zirkulationsstörungen, Traumen, Überanstrengung, durch häufige Geburten etc. zu abnormer Brüchigkeit des (nicht schwangeren und nicht puerperalen) Uterus kommen. Ist diese aber vorhanden, so kann — das geht aus der Gesamtheit der mitgeteilten Fälle sowie noch mehr aus der eingehenden Betrachtung einzelner, besonders charakteristischer, mit Sicherheit hervor — auch der gewandteste und vorsichtigste Arzt eine Perforation zuweilen nicht vermeiden und deshalb ist aus diesem Vorkommnis an sich niemandem ein Vorwurf zu machen.

(Schluß folgt.)

Hebammenwesen und Sozialhygiene.

Zur Hebammenfrage.

Von Geh. Rat Prof. Dr. **B. S. Schultze** in Jena.

Allgemein ist das Verlangen nach besseren Hebammen, nach pekuniär und sozial auch besser gestellten.

Beredteren, treffender motivierten Ausdruck konnte das Verlangen nicht finden, als in den zwei eben jetzt uns vorliegenden Schriftstücken: der von der Vereinigung zur Förderung des deutschen Hebammenwesens am 21. Mai in Dresden einstimmig zum Beschluß erhobenen Resolution Fritsch und dem im Verein für Volkshygiene am 10. Dezember v. J. gehaltenen Vortrag von Leopold (Heft 3 dieser Rundschau).

Die bestehenden Mängel unseres Hebammenwesens setzen sich aus einer ganzen Reihe von Übelständen zusammen. So innig diese miteinander verwebt und einer vom anderen abhängig sind: von verschiedenen Seiten aus und womöglich gleichzeitig von verschiedenen Seiten wird ihnen beizukommen sein.

Betrachten wir zunächst mal die Leistungsfähigkeit unserer Hebammen. Wir haben neben durchaus tüchtigen Hebammen eine nicht geringe Zahl sehr untüchtiger, und diese untüchtigen sind — es ist traurig, es zu bekennen — zum großen Teil von vornherein untüchtig gewesen, als untüchtig erkannt schon zu der Zeit, da sie zum Unterricht eintraten. Alle Direktoren unserer Hebammenschulen, soweit mir bekannt,

daß sie sich darüber geäußert haben — und ich schließe mich auf Grund vieljähriger Erfahrung ihnen an — klagten und klagen über mangelhafte Befähigung eines großen Teiles der Schülerinnen.

Die Schülerin wird von der Gemeinde gewählt, der vorgesetzten Behörde präsentiert, vom Bezirksarzt auf ihre Tauglichkeit geprüft und auf Grund von dessen Zeugnis zur Hebammenschule geschickt. Der Direktor der Hebammenschule kann ja ganz untauglich Befundene abweisen. Mit den Zweifelhaften versucht er es, ob ihnen einiges Verständnis abzugewinnen ist, und wenn der Versuch vergeblich ausfällt, schickt er auch diese nach verlorener Zeit und Mühe nach Hause, damit nicht durch den schwerfälligen Ballast der Kurs Schaden leidet. Er entschließt sich zur Ablehnung einer von der Behörde zugelassenen Schülerin nicht leicht, weil die Erfahrung gelehrt hat, daß die zum Ersatz geschickte meist nicht viel besser war.

Eine wertvolle Statistik über die Befähigung der Schülerinnen und über das Verhältnis der durch den Unterricht erzielten Resultate zu der ursprünglichen Befähigung der Schülerinnen verdanken wir Ahlfeld [1]) und Rieländer [2]). Sie umfaßt über zweitausend Schülerinnen. Reichlich ein Viertel der als tauglich zur Hebammenschule geschickten Frauen genügten den einfachsten Anforderungen nicht. Die im Kursus blieben, wurden nach ihrer Fassungskraft in Gruppen geteilt. Es ist interessant zu sehen, wie nach dem Grade der im Anfang festgestellten Begabung sich die Erfolge des Unterrichtes abstufen.

Ahlfeld sagt mit Recht: „Die Forderung, die Hebamme müsse aus dem Dorfe selbst sein, und die weitere Forderung, jeder, auch der kleinste Ort, müsse eine eigene Hebamme haben, ist auf die Dauer nicht mehr haltbar.“

Die Auswahl der zur Hebamme bestimmten Person seitens der Gemeinde ist in der Tat der Hauptgrund dafür, daß wir so sehr viele minderwertige Hebammen haben.

Es melden sich schon jetzt wohl an allen Hebammenschulen und, soweit ich beobachtete, zunehmend an Zahl Schülerinnen, die auf eigene Kosten am Unterricht teilnehmen möchten. Viele müssen abgewiesen werden, weil die Zahl der zu einem Kurs zulässigen Schülerinnen bereits erfüllt ist durch die vom Staat bzw. von der Provinz zugelassenen, von den Gemeinden präsentierten.

Die frei sich zum Beruf meldende Schülerin bringt von vornherein Neigung zum Beruf mit. An die frei zum Beruf sich Meldende kann man diejenigen Anforderungen stellen in bezug auf Begabung und in bezug auf Vorbildung, die man für erforderlich hält. Nach Rieländers Statistik war unter den auf eigene Kosten am Unterricht Teilnehmenden ein höherer Prozentsatz solcher, die die Zensur I erwarben.

Die Präsentation der Schülerinnen seitens der Gemeinde sollte die Behörde ganz fallen lassen. Sie selber prüfe und bestimme, wo eine Hebamme nötig ist. Sie schreibe wie bisher den Lehrkursus aus mit ausdrücklicher Aufforderung zur freien Meldung zur Teilnahme. Unter den Bedingungen führe sie auf, daß die Schülerin sich verpflichtet, nach bestandenem Examen den Ort der Niederlassung sich von der Behörde bestimmen zu lassen — auf so und soviel Jahre — mit Anstellung als Bezirks- oder Gemeindehebamme. Diese Bedingung wird nur wenigen lästig sein, vielen aber hochwillkommen die Aussicht, nach bestandenem Examen gleich im Beruf tätig sein zu können, sogar mit fester Anstellung.

---

[1]) Ahlfeld, Die Zukunft unseres Hebammenstandes. Zentralbl. f. Gyn., 1892, Nr. 35.

[2]) Rieländer, Die Herkunft und Lage unseres Hebammenstandes. Diese Rundschau. 1908, Nr. 1 und 2.

Über die **Zulassung** entscheide außer dem Nachweise der erforderlichen körperlichen Eigenschaften und der unerläßlichen moralischen Anamnese ein Examen über **Auffassungsvermögen, Urteilskraft und Beobachtungsgabe.** Wieviel an **Kenntnissen** vorausgesetzt werden soll über das schon bisher für unerläßlich gehaltene Maß, darüber mag die Anforderung sich steigern mit der zunehmenden Zahl der einlaufenden Meldungen.

Die **Bedingungen der Anstellung**, der Kontrakt zwischen Hebamme und Gemeinde, unterliege strenger Kontrolle seitens der Behörde. Kontrakte mit der Dorfgemeinde von der Art, wie man sie heute der Mehrsahl nach findet, sind dann schon dadurch ausgeschlossen, daß die Hebamme es nicht der Gemeinde verdankt, daß sie Hebamme geworden ist, sondern als fertige Hebamme unabhängig ihr gegenübertritt.

Die Hebamme muß von ihrem Beruf leben können. Wenn die Gemeinde die Leistung bei Armen nach der Taxe honorieren muß, gibt das auch für die private Honorierung einen Maßstab. Wenn der Bauer die Desinfektionsmittel aus der Gemeindekasse der Hebamme bereit halten muß, wird er nicht nur einverstanden sein, sondern darauf dringen, daß sie bei seiner Frau in Anwendung kommen.

Treffend sagt **Ahlfeld** weiter: „Es kommt gewiß darauf an, wie der gesetzgebenden Körperschaft gegenüber der Notstand dargelegt wird.“ An sachkundiger Darlegung des Notstandes fehlt es nun bisher nicht und wir lassen nicht ab, mit eindringlichen Worten den Notstand immer wieder darzulegen.

Eine **tatsächliche** Darlegung des Notstandes kann vielleicht dazu helfen, den erforderlichen Antrieb in den gesetzgebenden Körperschaften auszulösen. **Ich bitte, daß alle Direktoren von Hebammenschulen von heute an nicht nur die absolut untauglichen, sondern alle diejenigen von der Gemeinde präsentierten Schülerinnen, die nicht vollkommen den von den Statuten geforderten Anforderungen entsprechen, schonungslos zurückzuweisen.** Werden dann die Lücken größer, wird die Behörde sich veranlaßt sehen, nach einer der Ortschaften, die keine taugliche Schülerin hatte schicken können, eine von den auf eigene Kosten gelernten Hebammen anzustellen.

So könnte auch da, wo es bis dahin nicht gelungen sein sollte, prinzipiell mit dem als falsch erkannten Prinzip zu brechen, nach und nach Besserung angebahnt werden.

Auch **Leopold**, dessen engeres Vaterland vergleichsweise besserer Hebammenverhältnisse sich bereits rühmen darf, klagt in seinem zitierten Vortrage, daß beinahe die Hälfte der Frauen, welche in die Hebammenschule eintreten, den gesetzlichen Anforderungen nicht oder nur sehr mangelhaft entspricht. An **Leopold** geht also direkt meine Aufforderung, diese den gesetzlichen Anforderungen nicht entsprechenden Frauen in den Kursus nicht aufzunehmen.

Bücherbesprechungen.

Deutscher Hebammenkalender für das Jahr 1908. XX. Jahrgang. Herausgegeben von O. Gebauer. Berlin, Verlag von Elwin Staude. Preis 1 M. 236 Seiten.

Der deutsche Hebammenkalender hat sich durch seinen stets gediegenen und lehrreichen Inhalt seine heutige Stellung bei den Hebammen selbst geschaffen, er gehört heutzutage geradezu mit zu der Ausrüstung einer besseren Hebamme.

Dem „Vorwort und Anweisung für den Gebrauch des Deutschen Hebammenkalenders“ folgt in diesem Jahre die „Biographie des Direktors der Hebammenlehranstalt Köln, Dr. **Fritz Frank**“, dessen Bild dem Kalender beigefügt ist, alsdann ein „Vollständiger

Kalender", welcher für die Eintragung kurzer Notizen, Besuche, Bestellungen, gerichtliche Termine etc. eingerichtet ist.

Weiter enthält der Kalender eine Anzahl Schemata und Formulare für Anmerkungen über bevorstehende Geburten, Führung des Hebammentagebuches, für Wochenbettfieberanzeigen, Tod in der Geburt, Einnahme und Ausgabe in der Praxis, Schwangerschaftstabelle, Diätzettel für Wöchnerinnen.

Als neu aufgenommener Aufsatz erscheint in dieser Auflage „Die wichtigsten Aufgaben für die praktische Berufsausübung der Hebammen" von Med.-Rat Dr. Dahlmann, Direktor der Provinzialhebammenlehranstalt Magdeburg, welcher in gedrängter Fassung die wichtigsten Grundsätze für das Handeln der Hebammen in der Praxis enthält. Die Hebamme kann hier für jeden Augenblick ihrer Berufstätigkeit nachschlagen, ob nichts vergessen ist, und sich Klarheit in zweifelhaften Fragen verschaffen.

Der nächste Teil „Über die Hebammenverhältnisse in Deutschland außerhalb Preußens" liefert eine vergleichende Darstellung der in den verschiedenen Staaten gültigen Dienstanweisungen für die Hebammen.

Der zweite, ebenfalls in diesem Jahre neu hinzugekommene Aufsatz „Die Belehrung junger Mütter in der modernen Säuglingspflege durch die Hebamme" von Dr. med. H. Röder, ehemaliger I. Assistenzarzt am Städtischen Kaiser und Kaiserin Friedrich-Kinderkrankenhaus, führt uns die Aufgaben der Hebamme in der Säuglingsfürsorge vor Augen.

Der Abschnitt „Zur Kontrolle der Hebammen durch die Herren Kreisärzte" enthält einen Auszug aus den Ausführungsbestimmungen zum Reichsseuchengesetz.

Der weitere Inhalt des Kalenders besteht in der Hauptsache aus den Kapiteln „Gewichtstabelle für Säuglinge als Schema", „Verzeichnis einiger der gebräuchlichsten medizinischen Fremdwörter", „Verzeichnis der in der Geburtshilfe am häufigsten angewandten Medikamente", „Über den Gebrauch des Thermometers", „Zusammenstellung der Fälle, in welchen die Hebamme verpflichtet ist, den Arzt rufen zu lassen", „Wann hat sich die Hebamme an den Kreis-, Bezirks-, Kantonal- oder Oberamtsarzt zu wenden?", „Verhaltungsmaßregeln für die Hebammen vor Gericht", „Verzeichnis der deutschen Hebammenlehranstalten" und anderen sich auf die Praxis und Hebammenvereinswesen beziehenden Abschnitten.

Lose beigelegt sind dem Kalender Formulare für Meldung an den Arzt, denen eine ausgiebige Benutzung zu wünschen ist, Zettel, enthaltend ein Verzeichnis der bei einer Geburt notwendigen Gegenstände, deren Anschaffung in wohlhabenden Familien stets zu empfehlen ist, ein Temperaturzettel für Wochenbett, Tabelle über Säuglingszunahme und -Ernährung, vorgedruckter Revers bei Einstellung der Wochenbesuche und Verweigerung der Herbeirufung des Arztes. A. Rieländer (Marburg).

de Quervain (Bern): Spezielle chirurgische Diagnostik für Studierende und Ärzte. Leipzig 1907.

Wie der Titel sagt, ist das Werk speziell für Chirurgen bestimmt; aber die Kapitel über Brustdrüse, Bauchverletzungen, Bauchhöhlenentzündungen, Appendizitis, Ileus, Bauchgeschwülste, Bauchfisteln, Hernien, Rektum, Damm und Harnwege, die wohl den dritten Teil des gesamten Inhaltes ausmachen, sind für die Gynaekologen von besonderem Interesse. Die fast ausschließlich nach eigenen Aufnahmen des Verfassers angefertigten Abbildungen sprechen mehr für den praktischen Wert des Buches, als jede sonstige Empfehlung. Gleichwohl wollen wir nicht unterlassen, zu erwähnen, daß auch der Text den Wünschen des Praktikers ganz besonders entspricht, indem er in jeder Zeile auf die eigenen Erfahrungen des Autors gegründet ist, so sehr, daß ich selbst den Eindruck hatte, meinen verehrten Lehrer wieder persönlich dozieren zu hören. Sutter, St. Gallen.

Sammelreferate.

Uterusruptur.

Sammelbericht vom Jahr 1907 von **Hans Meyer-Ruegg** (Zürich).

Schütte: **Über Uterusruptur.** (Niederrhein.-westfäl. Gesellschaft f. Geburtsh. u. Gyn., 1. März 1906.)

R. W. Lobenstine: **Complete rupture of the pregnant ut.** (Bull. Lying in Hosp. NY., March 1907.)

Litwinowicz: **Über Uterusruptur.** (Verband der gynäk. Sektion der X. Versammlung polnischer Ärzte und Naturforscher in Lemberg am 24. Juli 1907.)

Scipiades: **Über Uterusruptur.** (Deutscher Gynaekologenkongreß in Dresden 1907.)

Zangemeister: **Frontaler Gefrierdurchschnitt durch die Beckenorgane einer an Ruptura uteri bei verschleppter Querlage verstorbenen Kreißenden.** (Leipzig, Vogel 1907 und Demonstration am Gynaekologenkongreß in Dresden 1907.)

Tissier et David: **Rupt. traumat. de l'utérus gravide au 8. mois.** (Soc. d'obstétr. de Paris, 9 décember 1906.)

Tissier et Vezard: **Perf. d'un utérus gravide avec gangrène localisée.** (Soc. d'obstétr. de Paris, 9. Dezember. 1906.)

Souligoux: **Rupt. traumat. de l'utérus au 8. mois de la gross.** (La Gynécologie, october 1906, pag. 399.)

Kerr: **Ein Fall von Uterusruptur.** (Brit. med. Ges., Sektion Geburtsh. u. Gyn., 27. Juli bis 2. August 1907.)

Fanny Chalewsky: **Über 2 Fälle von spontaner Uterusruptur.** (Dissert., Zürich 1907.)

Bolly: **Demonstr. e. Präp. von inkompleter Uterusruptur.** (Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gyn. zu Berlin, 14. Juni 1907.)

Mulert: **Ein Fall von kompleter Uterusruptur in der Geburt.** (Deutsche med. Wochenschr., 1907, pag. 1498.)

Archibald Robertson Small (Chicago): **Report of a case of compl. Rupt. of the uterus during labour.** (Amer. Journ. of obstetr., May 1907, pag. 653.)

Rouffart et Delporte: **Contr. à l'ét. de la rupt. de l'utérus pendant la gross. et de la physiologie du Trophoblaste.** (Journ. de chir. et Ann. de la soc. Belge de chir., 1906, Nr. 4 und Ann. de la soc. roy. d. sc. med. et nat., Vol. XVI, Parts I—II.)

John Blaud Sutton: **On two cases of abdom. sect. for trauma of the uterus.** (Amer. Journ. of obstetr., Dezember 1907, pag. 785.)

West: **Rupture of a pregnant uterus bicorne.** (Trans. of the Womans' hosp. soc., 1907.)

Blumenreich: **Spontanruptur des Cervix bei einem Abort.** (Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gyn. zu Berlin, 8. März 1907.)

Die Diskussion über die Uterusruptur ist zu einem vorläufigen Abschlusse gelangt. Eversmanns im Archiv f. Gyn. 1905 erschienene Abhandlung über die Therapie bildet eine Art von Schlußwort. In nächster Zeit werden größere Zusammenstellungen nach einheitlichen Methoden behandelter Fälle die in jener Arbeit aufgestellten Grundsätze der Behandlung befestigen oder umändern müssen. Selbstverständlich fließt auch die Kasuistik seltener Varietäten weiter. —

Schütte (Gelsenkirchen) hatte auf der Versammlung der niederrheinisch-westfälischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie im April 1906 noch die abdominale Totalexstirpation des Uterus mit Drainage nach der Scheide zu für möglichst alle Fälle empfohlen. Von 14 Rupturen, die er in den vorausgegangenen 3 Jahren gesehen hatte (8 komplete und 6 inkomplete) starben 3 (1 komplete und 2 inkomplete) an Verblutung innerhalb einer Stunde nach der Ruptur, und 4 erlagen der Sepsis am 5.—7. Tag. Die übrigen 7 operierte er mit dem Erfolge, daß 1, moribund eingeliefert, kurz nach der Operation starb, während 6 genasen, und zwar 2 nach Laparotomie mit Drainage, 5 nach Totalexstirpation des Uterus. Nach einer Anmerkung des Vortr. kamen 3 weitere Fälle nach Totalexstirpation ebenfalls durch. — Aber in der Diskussion zu dem Vortrage kommen doch Eversmannsche Grundsätze zu Ehren: Reifferscheid macht darauf aufmerksam, daß nicht die Laparotomie, sondern die Tamponade nach der klinischen Statistik die meisten Heilungen gebe und betont den ungünstigen Einfluß des Transportes solcher Kranker. v. Guérard ist gleicher Ansicht und möchte die Totalexstirpation nur bei älteren Frauen mit schwacher, guter Kontraktion nicht fähiger Uterusmuskulatur machen.

R. W. Lobenstine berichtet über 37 Fälle von Ruptur unter der Geburt. 18 davon sind spontan erfolgt (darunter 1 „von einer schwachen Narbe nach Amputatio cervicis

aus“); die übrigen sind bei operativen Eingriffen entstanden, nämlich 2 bei hoher Zange, 12 bei Wendung, 4 bei Accouchement forcé, 1 bei Embryotomie. 19mal handelte es sich um Längs- und 17mal um Querrisse; 1mal saß die Ruptur am Fundus. Nur in 5 Fällen trat das Kind in die Bauchhöhle aus. Die Sterblichkeit betrug im ganzen 73%. — 25mal machte er die Hysterektomie mit 60%, 14mal tamponierte er mit 92% Mortalität. Die Grundsätze seiner Behandlung sind: Sofortige Entbindung per vaginam, solange das Kind nicht in die Bauchhöhle ausgetreten ist. Ist der Austritt aber erfolgt, so wird in reinen Fällen mit geringer Verletzung und leicht kontrollierbarer Blutung und ebenso in schlechten Fällen mit ausgesprochenem Kollaps tamponiert; sonst aber die Laparotomie und in der Regel die Hysterektomie (wegen Gefahr der Sepsis), nur in einfachen unkomplizierten Fällen Vernähung des Risses ausgeführt.

Litwinowicz (Lemberg) bekam bei seinen 70 Fällen von Uterusruptur, die er unter 29.543 Geburten beobachtete, die besten Resultate ebenfalls mit der Laparotomie und Vernähung oder Exstirpation des Uterus, „wenn nur der Eingriff bald nach der Ruptur gemacht wurde“.

Während diese drei Zusammenstellungen den Eversmannschen Anforderungen für solche klinische Statistik nicht vollauf Genüge tun, hat Scipiades (Budapest) auf dem letztjährigen Gynaekologenkongreß in Dresden, wo er über eine Serie von 97 Fällen von Uterusruptur berichtete, um ein Urteil über die beste Therapie zu bekommen, die operativ behandelten Fälle den komplikationsfreien Rupturen, welche ohne vorhergehende Irrigation mit Tamponade behandelt wurden, gegenübergestellt. Er kam zu folgenden Schlüssen. Bei den inkompleten Rupturen gibt immer das konservative Verfahren die besten Erfolge. Nach den in der Literatur niedergelegten Fällen lassen die Heilungserfolge der operativen und konservativen Behandlung der kompletten Rupturen keinen bedeutenden Unterschied erkennen. Da der größte Teil der Rupturen in der Privatpraxis vorkommt, so bedarf ihre Behandlung eines solchen Verfahrens, welches den Verhältnissen der Privatpraxis am leichtesten anzupassen ist. Die Erfahrungen der letzten 25 Jahre der Taufferschen Klinik beweisen, daß die operative Therapie die Chancen der Heilung der Rupturen nicht vorteilhaft zu beeinflussen scheint. Daher ist es am richtigsten, die kompleten Rupturen ebenfalls konservativ zu behandeln. Die Kranke bleibe wenigstens 2, wenn möglich aber 8 Tage lang zu Hause, um einen Transport in der ersten Zeit zu vermeiden. Die spätere Behandlung aber bis zur Ausheilung wird besser in einer Anstalt vorgenommen. Erst hier wird der Tampon entfernt (wenn nicht anhaltend hohe Temperatur die Entfernung vorher erheischt) und durch ein Glasdrain, nach 6—8 Tagen durch ein Gummirohr ersetzt. — Operiert wird nur, wenn die von Eversmann präzisierten Indikationen vorliegen. — Wenn eine Frau von einer Uterusruptur geheilt wurde, so soll bei erneuter Konzeption auf ihren Wunsch der Abortus eingeleitet werden. Ist die Schwangerschaft aber zu weit vorgeschritten, so soll, wieder nach ihrer Entscheidung, künstliche Frühgeburt oder Kaiserschnitt gemacht werden. Nicht nur die Geburt am normalen Ende, sondern auch die künstliche Frühgeburt bringt durch die Geburtsarbeit die Gefahr der wiederholten Ruptur, so daß die Sectio caesarea noch der günstigste Ausweg ist.

Alle übrigen Arbeiten des verflossenen Jahres, welche sich mit Uterusruptur beschäftigen, bringen im wesentlichen bloß einzelne kasuistische Beiträge.

Zangemeister veröffentlicht einen Gefrierdurchschnitt durch die Beckenorgane einer an Ruptur verstorbenen Kreißenden. Es betrifft eine 29jährige Erstgebärende mit Querlage, welche nach wiederholten vergeblichen Entbindungsversuchen in die

Klinik geschafft wurde und auf dem Transporte starb. Der Uterus zeigt 2 seitliche Längsrisse rechts. Der kleinere, 6½ *cm* lange, geht vom äußeren Muttermund ins Parametrium bis 3 *cm* vor den Kontraktionsring. Der größere beginnt in der Vagina 5 *cm* unterhalb vom Orificium ext.; nach oben zu biegt er nach vorn und seitlich um, legt das Parametrium breit frei und endigt 1½ *cm* vor dem scharf abgesetzten Kontraktionsring; in diesen 9 *cm* weit klaffenden Riß hinein drängt der Kopf. Die Einrisse entstanden wahrscheinlich bei den Wendungsversuchen und führten durch zunehmende Kontraktionen und Emporsteigen des Kontraktionsringes auf dem Transport zur kompleten Ruptur. Bemerkenswert ist, wie die Naturkräfte das quergelegene Kind durch Kompression und Ausziehung zu einem gebärfähigen Objekt formiert hatten. Die Zervix ist stark überdehnt; nur ein Viertel des Kindes liegt noch im Hohlmuskel, drei Viertel im passiven Durchtrittsschlauch. Der Kontraktionsring springt namentlich rechts über der Ruptur stark nach innen vor.

Tissier und David berichten über eine Ruptur, die bei einer Erstgebärenden im 8. Monat infolge eines heftigen Traumas, wobei sie mehrere Knochen brach, erfolgte, aber nur vorübergehende peritonitische Erscheinungen machte. 4 Wochen darauf trat unter heftigen Schmerzen eine periodenartige Blutung ein, so daß die Diagnose auf Ruptur gestellt und die Laparotomie gemacht wurde. Ein 5 Pfund schweres Kind lag zwischen den Därmen. Der Uterus war zurückgebildet und trug am Fundus eine Narbe, in welcher eine kleine Öffnung ins Kavum führte. Die Frau genas. — In der gleichen Sitzung der Pariser Société d'obstetr. demonstrierten Tissier und Vezard einen Uterus aus dem 3. Schwangerschaftsmonat, der im Fundus eine Perforationsöffnung und in der Umgebung derselben gangränöse Veränderungen zeigte. Die betreffende Frau hatte sich einen 25—30 *cm* langen Katheter eingeführt und durch ihn Wasser einlaufen lassen. Nach 10 Minuten heftiger Schmerzen erfolgte Abortus. Einige Stunden darauf stellten sich Zeichen von Peritonitis ein und trotz baldiger Laparotomie starb die Frau.

Der Fall von Souligoux zeigt eine auffallende Ähnlichkeit mit dem vorhin beschriebenen. Eine Bahnwärterin, welche 2 Jahre vorher einen Abortus in der 6. Woche infolge eines Falles aus dem Bett durchgemacht hat, wird im 8. Monate der 2. Schwangerschaft von einem Güterzuge angefahren und auf die rechte Seite geworfen. Sie steht aber wieder auf trotz Bruch der Clavicula und der 1. Rippe. Es stellen sich Schmerzen im Leib, Auftreibung, Erbrechen mit Blut, Cyanose und Kälte der Extremitäten, Durst, Dyspnoe und Fieber mit initialem Frost ein, so daß Peritonitis diagnostiziert wird. Nach 5 Tagen tritt allmählich Besserung ein. Nach einem Monat zeigt sich die Periode und wiederholt sich regelmäßig, nur viel stärker als früher. Das Allgemeinbefinden wird wieder völlig normal. Der Leib zeigt besonders links eine starke Auftreibung; daselbst fühlte man fötale Teile, daneben liegt der orangegroße Uterus. Per vaginam ist der Fötus nicht zu erreichen. Radiogramme zeigen ihn in Längslage mit dem Kopf in der linken Darmbeinhöhle. 9 Monate nach dem Trauma wird die Laparotomie ausgeführt. Der Uterus ist normal groß, am Fundus ist ein Riß, so groß wie ein kleiner Handballen; seine Ränder sind ziemlich regelmäßig, trichterförmig aufgeworfen, in der Tiefe führt eine kleine Öffnung ins Cavum uteri. Nach supravaginaler Amputation des Uterus und Ausschälung des Fruchtsackes erfolgt unter Drainage Heilung. - Der Fötus wog 2500 *g*; seine Haut war derb, die Plazenta mit seiner Kopfschwarte verwachsen, Verkalkungen fehlten.

Kerr machte nach einer auf dem Transport in die Klinik erfolgten Ruptur bei Beckenenge die Extraktion des bereits größtenteils in die Bauchhöhle ausgetretenen Kindes und erlebte günstigen Ausgang ohne Tamponade.

Fanni Chalewsky beschreibt 2 Fälle von Ruptur aus der Wyderschen Klinik. 1. 40jährige II-para mit normalem Becken. 9 Jahre vorher schwere Zangenextraktion, darauf fieberhaftes Wochenbett mit peritonitischen Erscheinungen und Blasenscheidenfistel, die nach einigen Monaten operativ geheilt wurde. Bei dieser 2. Geburt am normalen Ende fühlt man an der vorderen Scheidenwand, entsprechend der operierten Fistel eine quer verlaufende, ziemlich derbe Narbe. Unter kräftigen Wehen tritt der Kopf teilweise ins Becken ein; dann treten aber bald die Zeichen der Ruptur auf. Bei der sofort vorgenommenen Laparotomie findet man Kind und Plazenta in der Bauchhöhle. Das Scheidengewölbe ist an seinem vorderen Umfang ganz abgerissen, außerdem ist die hintere Blasenwand weit eröffnet. Während der Exstirpatio uteri und Vernähung der Blase gibt die Frau den Geist auf infolge des großen Blutverlustes. Bei der mikroskopischen Untersuchung findet sich stark rarefizierte Muskulatur in der Cervixwand und beträchtliche Anhäufungen von Leukozyten. Das Bindegewebe ist feinfaserig, kernlos, scheint aufgelockert, bisweilen hyalin entartet. — 2. 29jährige IV-para mit leicht allgemein verengtem Becken. Vor 8 Jahren Frühgeburt im 8. Monat. Vor 7 Jahren Querlage mit Armvorfall, deshalb Kaiserschnitt(!); darauf Eiterung in der Bauchwunde, 3 Wochen lang Fieber. Vor 2 Jahren Frühgeburt im 8. Monat; manuelle Lösung der Plazenta. Während der Eröffnungswehen wölbt sich die Bauchhaut oberhalb der Bauchnarbe stark vor. Plötzlich Schmerz im Leib; deshalb Laparotomie. Am Fundus sitzt ein 3 *cm* langer Riß, durch den die Eiblase hernienartig vortritt und dann platzt. Während der Ablösung der ausgedehnten Verwachsungen zwischen Haut und Uterus geht das Kind zugrunde. Porro, nach Eröffnung eines jauchigen Abszesses im kleinen Becken am 11. Tage erfolgt Genesung. In der Narbe des Uterus finden sich einige gar nicht veränderte Silkwormfäden.

Jolly demonstriert in der Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. zu Berlin am 14. Juni 1907 ein Präparat von inkompleter Uterusruptur von einer 28jähr. VII-para mit normalem Becken stammend. Die Zerreißung erfolgte unter sehr kräftigen Wehen, als der Kopf in I tiefem Querstand sich befand. Nach der Entbindung durch Perforation und Kranioklasie wurde die große Rißstelle tamponiert und Pat. in die Klinik transportiert, wo sie bald darauf an Blutleere starb. Es bestand rechterseits ein für die Faust durchgängiger Riß vom äußeren zum inneren Muttermund, doch ohne Kommunikation mit der Bauchhöhle. Die Kreißende hat sich ins rechte Parametrium hinein verblutet; der tief stehende Kopf hielt jede Blutung nach außen zurück. — In der Diskussion erinnert Keller an einen ähnlichen Fall von Verblutung ins Parametrium, über den er seinerzeit in der Gesellschaft referiert hatte. Gleich nach der Geburt des Kopfes eines lebenden Kindes fiel die Kreißende hintenüber und verschied.

Mulerts Fall betrifft eine 43jährige IV-para mit plattem Becken, die stets schwer, 2mal durch Perforation, entbunden worden war. Bei dieser 6. Geburt springt die Blase frühzeitig. Nach 12stündigem Kreißen tritt eine leichte Blutung ein; der Kopf steht hoch, Portio hinten oben, Muttermund ist für 1—2 Finger offen, in ihm fühlt man Plazenta oder einen Polypen (!). Die Frau klagt über heftige Leibschmerzen, die Bauchdecken sind stark gespannt; der Puls läßt nichts zu wünschen übrig. Mulert gibt Morphium, weil er annimmt, es handle sich nur um Krampfwehen. Da der Zustand sich nicht bessert und nach einiger Zeit Herztöne nicht zu hören sind, wird durch Perforation und Kranioklasie entbunden; die Extraktion geht sehr schwierig. Als 10 Minuten danach die Plazenta auf Credé nicht folgt, geht Mulert mit der Hand ein und stellt fest, daß Uterusruptur bestehe und die Nachgeburt durch den Riß ausgetreten sei. Sie ist leicht herauszuholen: ihr folgt aber eine Darmschlinge in den Uterus. Nach

Überführung der Pat. ins Krankenhaus wird Porro ausgeführt. Heilung. Ein perforierender Riß besteht vorn und rechts im unteren Segment. Wann und wodurch er entstanden sei, ist unentschieden.

A. Robertson Small erlebte folgenden Fall. Bei einer 40jährigen, die 5mal leicht und gut geboren hatte, ging bei der 6. Geburt das Fruchtwasser vorzeitig ab; die Wehen waren unregelmäßig. Nach 12stündiger Dauer der Geburt wollte er bei Gesichtslage mit Kinn hinten die Zange anlegen. Während er auf einen Kollegen, der ihm helfen sollte, wartete, trat Ruptur ein. Sofort wurde die Frau ins Spital transportiert und laparotomiert. Kind und Nachgeburt waren in die Bauchhöhle ausgetreten. Es bestand ein Riß vom Muttermund zum Fundus (!) links, der auch das Lig. latum ergriffen hatte. Unter der Operation starb die Frau an Blutleere.

Rouffart und Delporte beschäftigen sich hauptsächlich mit der Ätiologie der Ruptur in der Schwangerschaft. Sie unterscheiden traumatische Rupturen und solche infolge anatomisch-pathologischer Veränderungen diffuserer Natur. Zu den letzteren führen Abortversuche, Curettement, Myomenukleation, Sectio caesarea, digitale Auskratzung, wiederholte fehlerhafte Insertion der Plazenta; vorausgegangene Erkrankungen des Uterus, Einwucherung der Chorionzotten. Als Illustration für letztere Ursache führen sie eine eigene Erfahrung an. Eine 19jährige Erstgebärende bekommt im 6. Monat plötzlich Symptome von Ruptur. Bei der Laparotomie findet sich ein intaktes Ei in der freien Bauchhöhle, am Fundus uteri ein großer Riß; an dieser Stelle ist die Uteruswand außerordentlich dünn und von Chorionzotten durchsetzt. Supravaginale Amputation.

Zwei für die Entstehung von Uterusruptur lehrreiche Fälle teilt auch J. B. Sutton mit. Einmal wurde Perforation des nicht graviden Uterus mittelst Dilatatoren beobachtet, und zwar so ausgiebige, daß 6 Fuß Ileum prolabierten. Nach Resektion des Darmes von oben trat Heilung ein. Das andere Mal wurde der bei der Dilatation perforierte Uterus, als Därme vorfielen, von oben exstirpiert und Heilung erreicht.

Über einen Fall, der wohl ebenfalls als Perforation durch ärztlichen Eingriff gedeutet werden muß, berichtet Blumreich in der Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. zu Berlin. 24jährige I-para. Wegen Appendizitis (!) will ein Arzt Abort einleiten. Als Jodoformgazetamponade des Zervix nicht zum Ziele führte und Fieber eintrat, riet Blumreich Dilatation mit Hegar bis Nr. 6 und hernach Einlegen von Laminaria an (!). Nach 24stündigen Wehen findet er die hintere Muttermundslippe vollständig abgerissen: der Laminariastift steckt noch in dem kleinen Muttermund. Aus der Rißstelle hängt die 10*cm* lange Frucht zur Hälfte und ein Stück Plazenta heraus. Ausräumung durch Riß, Heilung durch Abstoßung der hinteren Lippe ohne Zurückbleiben einer Zerviko-Vaginalfistel. Blumreich glaubt an Spontanruptur des dilatierten Zervix infolge Rigidität des äußeren Muttermundes. — In der folgenden Diskussion wurde diese Erklärung bezweifelt und allgemein angenommen, daß es sich um Perforation bei den ärztlichen Eingriffen handle.

West berichtet über Ruptur eines Uterus bicornis in der Schwangerschaft (doch war mir der Originalbericht nicht zugängig).

Mißbildungen der weiblichen Genitalien.

Von Dr. **Otfried O. Fellner,** Frauenarzt in Wien.

(Fortsetzung und Schluß.)

Cealic (10) beobachtete 6 Geburten bei Vorhandensein einer doppelten Gebärmutter. Die Zervix war einfach, nur der Gebärmutterkörper war doppelt. Die Mißbildung hat den Einfluß, daß die Gebärmutter sich schlechter zusammenzieht, infolgedessen sich

die Geburt verschleppt, Plazentarreste mitunter zurückbleiben, Nachblutungen sich einstellen. Auch Uterusperforationen kommen vor.

Abortus von Zwillingen in einem doppelten Uterus beobachtete Newth.(80)

Einen Uterus subseptus unicollis sah Caturanni(8). Die Menses war unregelmäßig und mit Schmerzen verbunden. Bei einer Entbindung mußte die Plazenta manuell gelöst werden, später mußte man wegen einer schweren Blutung, wahrscheinlich infolge von Abortus, eingreifen.

In einem von J. Schottländer(39) beschriebenen Falle war eine doppelseitige Tuboovarialzyste mit einem zum Teil metritisch veränderten Uterus bicornis (subseptus unicollis) vorhanden sowie eine Vagina subsepta, in deren linkseitigem Abschnitte der distale Abschnitt des Gartnerschen Ganges persistent geblieben, zystisch dilatiert war und Drüsenwucherung zeigte. Die Ansatzstelle des linken runden Bandes war auf dem entsprechenden Horn bedeutend vergrößert und das Band haftete nur zum Teil dem linken Horne an, zum Teil befand es sich im Gebiete der linken Tube. Das rechte Band haftete an normaler Stelle dicht unter dem Tubenabgang auf dem Uterus und hatte daselbst die normalen Maße.

Für die Entstehung der Mißbildung ist wahrscheinlich die durch das verdickte linke Band veränderte Wachstumsrichtung des linken Wolffschen und Müllerschen Ganges verantwortlich zu machen. Dafür spricht nebst den oben angeführten Veränderungen der Umstand, daß der ganze linkseitige Uterusabschnitt ventral verschoben zu sein scheint und daß in demselben Sinne eine laterokaudale Verschiebung des linken Hornes sich geltend macht, die sich möglicherweise schon direkt in der Stellung des letzteren ausspricht, fast zweifellos aber indirekt in der beschriebenen, abnormen, durch gleichsinnige Ablenkung bedingten Verlaufsrichtung des Gartnerschen Ganges im Uterus ihren Ausdruck findet.

Über einen weiteren Fall von Schwangerschaft bei Uterus bicornis berichtet in ausführlicher Weise Fruhinholz(19). Der Uterus bicornis ist nach ihm gewöhnlich mit anderen Mißbildungen verknüpft. Reicht das Septum tief herab, dann sind die Divertikel getrennt und die Konzeption kann in dem einen vor sich gehen, während das andere frei bleibt, doch bildet sich im letzteren Dezidua. Wenn nur der obere Teil getrennt ist, dann liegt die Schwangerschaft im ganzen Organ. Von 32 Fällen, welche Fruhinholz zusammenstellt, waren 17 zweihörnig. Und zwar lag das Ei in 16 Fällen in beiden Hörnern und nur in einem Fall in einem Horn. Im ersteren Falle tritt selten Abortus ein. Wenn das kleinere Horn keinen Teil des Fötus enthält, kann dieser dieselben große Beschwerden verursachen wie eine Ovarialzyste. Die Plazenta liegt sehr häufig tief unten; es kommt nicht selten zur frühzeitigen Geburt und zum vorzeitigen Blasensprung. Weiters ist es kein seltenes Ereignis, daß Selbstwendung eintritt und sich Schulterlage einstellt. Auch die Ausstoßung der Plazenta verzögert sich zumeist. Liegt das Ei nur in einem Horn, dann wird das andere für ein Fibrom gehalten. Eine 28jährige Frau hatte 2 Frühgeburten durchgemacht. Nach der zweiten Entbindung imponierte das kleinere Horn als Tumor. Doch wurde die richtige Diagnose gestellt. Auch hier war die Plazenta adhärent. Einige Tage nach der Entbindung wurde eine dicke Dezidua aus dem zweiten Horn ausgestoßen.

Kaarsberg(25) sah bei einer 48jährigen Frau einen Uterus bicornis unicollis mit Fibromyom und doppelseitiger Hydrosalpinx. Sie starb an Peritonitis.

Doran(13) entfernte im September 1904 das rechte Uterushorn, welches infolge einer Schwangerschaft geplatzt war. Er fand hierbei einen Embryo von 3 *cm* Länge. Ein Jahr nach der Operation entband die Frau ein lebendes Kind.

In einem ähnlichen Fall von Fordgee (14) befand sich in einem Horn die Schwangerschaft, im anderen ein aus dezidualem Gewebe bestehender Polyp.

In dem Falle von Freund (18) lag zwischen den beiden voneinander getrennten Hörnern ein sehr breites, dickes peritoneales Band. An diesem haftete ein großes Carcinoma coli transversi, welches einen Ovarialtumor vortäuschte. Freund resezierte, doch starb die 20jährige Patientin an Karzinose.

Schwangerschaft in einem Uterus bicornis beobachtete Ferrani (15). Der Fötus lag im linken Horn. Wegen starker Blutung wurde die Plazenta manuell gelöst. Sie hatte nierenförmige Gestalt und bestand aus mehreren Kotyledonen verschiedener Größe.

Einen vermeintlichen Uterus bicornis operierte H. Paterson (34) wegen Adnextumors. Nachträglich fand man ein vollständiges Septum.

R. Freund (17) beschreibt weiters 2 Fälle aus der Hallenser Klinik, in welchen sich die Schwangerschaft im verschlossenen Nebenhorn eines Uterus bicornis unicollis eingenistet hatte. Die erste Frau hatte regelmäßig ohne Beschwerden menstruiert und ebenso entbunden. Vier Wochen nach der letzten Periode bekam sie heftige Unterleibschmerzen. Man fühlte einen mannsfaustgroßen Tumor der rechten Uteruswand angelagert. Derselbe zeigte deutliche Schwangerschaftszeichen. Die Diagnose wurde auf interstitielle Schwangerschaft gestellt, weshalb man zur Laparotomie schritt. Beim Herausheben des Tumors platzte derselbe, und es schlüpfte ein 3 Monate alter Fötus heraus. Der Fruchtsack wurde im Uterusfleisch festgesetzt. Sorgfältige Naht, glatte Heilung. Der relativ tiefe Ursprung der Adnexe, die Länge der Tube besonders aber der mikroskopisch absolut solide Stiel, welcher kein Lumen enthielt, spricht für ein atretisches Nebenhorn. Das Ovarium derselben Seite enthielt ein Corpus luteum, weshalb Freund eine äußere Überwanderung des Samens annimmt. Dezidua fehlte gänzlich, hingegen war die Muskulatur von fötalen Zellen durchsetzt.

Im zweiten Falle waren vor 13 Jahren die linksseitigen entzündeten Adnexe bei vergrößertem Uterus abgesetzt worden. Derzeit klagte die Patientin über krampfartige Schmerzen auf der linken Seite. Man fühlte 2 apfelgroße Tumoren, von denen man einen als Myom ansprach, weshalb man die Totalexstirpation vornehmen wollte. Man sah einen rechtsseitigen Uterus unicornis. Links saß breitbasig das atretische Nebenhorn auf, in welchem sich ein haselnußgroßer Blutkern befand. Möglicherweise entstand die Hämatokele nach der Adnexoperation; doch spricht nach Freund der längere Zeit vorhandene Adnextumor dagegen.

Brown (6) hatte eine 30jährige Viertgebärende mit Placenta praevia und Myom des unteren Uterinsegmentes. Er nahm den Kaiserschnitt vor und fand die Schwangerschaft im linken Horn eines Uterus bicornis. Das rechte Horn hatte die Größe eines Uterus im 4. Monat und enthielt echte Dezidua. Die Frau machte eine Pneumonie durch, wurde aber geheilt entlassen.

Ribbins (35) demonstrierte ein linksseitiges Uterushorn von einen Uterus didelphys mit Tube und Ovarium, welchen er vaginal mit Erhaltung der rechtseitigen Genitalien entfernte.

Watkins (45) berichtet über eine 36jährige Frau, welche nach der ersten Entbindung eine starke Blutung hatte, wobei es aussah, als ob sich rechts vom Uterus ein Tumor befände. Die zweite Schwangerschaft begann im November. Im März hatte die Patientin starke Schmerzen in der Iliakalgegend. Es schien, als ob sie nach innen zu stark blutete. Der Zervikalkanal war offen, ein Tumor war nicht deutlich zu fühlen. Die Operation ergab das Peritoneum voll von Blut. Der Fötus lag frei zwischen den

Därmen und es zeigte sich, daß es sich um einen Uterus bicornis handelte, dessen Horn nahe am Abgang der Tube geborsten war. Die Blutung stammte von der Anheftungsstelle der Plazenta. Supravaginale Amputation. Das Präparat zeigte, daß auch 2 Zervikalkanäle vorhanden waren.

Hoff (23) beobachtete eine Frau, bei welcher sich im 4. Monate der Schwangerschaft die Ruptur des rudimentären Nebenhornes ereignete. Das Ei lag in einem Nebenhorn, das durch einen Stiel mit dem Haupthorn zusammenhing. Die Frau kam in elendem Zustande auf die Klinik und starb bald darauf. Die Rupturstelle ist kreisförmig, an ihr haften Blutkoagula. Eine Serotina fehlte vollständig. An keiner Stelle waren Drüsen oder Schleimhaut nachweisbar. Nur an einer Stelle befanden sich Zotten, bei denen es zweifelhaft war, ob es sich um Dezidua oder um Langhanszellen handle. In der Mitte des Fruchtsackes war ein Zottenbaum, welcher bis in die äußersten Lagen der Muskularis eingedrungen war. Der Zottenbaum war hier vollständig nekrotisiert und die Zotten entsandten, wie Hoff das Bild deutet, in die stark leukozytär infiltrierte Muskulatur eine Aussaat von Langhanszellen. Diese haben große Neigung, gegen die Gefäße vorzudringen und dieselben zu eröffnen. Die Infiltration der Gefäße mit chorialen Zellen gibt zur Thrombose Veranlassung wahrscheinlich durch Schädigung des Endothels.

Drei von H. Fuchs (20) beschriebene Fälle von Eiimplantation im rudimentären Nebenhorn ergaben folgende histologische Besonderheiten. Die Muskulatur kann die an sie gestellten Anforderungen nicht erfüllen. Sie wird bis zur Nekrose geschädigt, und zwar insbesondere im oberen medialen Abschnitte des Fruchtsackes; denn hier fehlen die Vasa spermatica. Die Schleimhaut ist nur rudimentär angelegt, wie dies auch das Ausbleiben der Menstruation resp. die Hämatrometra beweisen. Diese Schleimhaut ist nur in mangelhafter Weise imstande, Dezidua zu bilden, daher die Zotten unmittelbar auf der Muskulatur aufsitzen. Die Plazenta ist weiter ausgedehnt als normal. Der klinische Verlauf gibt drei Möglichkeiten: Entweder vorzeitige Entfernung der Schwangerschaft durch Fruchttod (Abort oder Zugrundegehen des Eies), Ruptur des Fruchtsackes wegen Berstens oder Arrosion der Wand durch fötale Elemente. 3. Austragen der Frucht.

Einen Uterus bicornis unicollis mit multiplen Myomen operierte Brei (3). Er erwähnt noch 58 Fälle aus der Literatur.

Kermauner (26) sah in einen großen gemeinschaftlichen Fimbrientrichter eine parallel verlaufende, gut ausgebildete zweite Tube münden. Gegen den Uterus zu endigte sie blind. In einem zweiten Falle war auch eine zweite Tube vorhanden, die aber nach beiden Seiten mit einem gut ausgebildeten Fimbrientrichter endigte. Er erklärt die Mißbildungen auf Entwicklungsstörungen beruhend.

Auf Grund der bisherigen Ergebnisse über Einbettungen innerhalb und außerhalb der Gebärmutter sucht R. Freund (18) nachzuweisen, daß Uterus, Nebenhorn und Tube bei eintretender Gravidität in Fällen mangelhafter Entwicklung sich vollkommen gleich verhalten, es fehlt die Dezidua und dies gibt die Ursache für das sog. destruktive Wachstum der nahrungsuchenden Zotten. Diese Destruktion vollzieht sich in der Form, daß die mütterlichen Gefäßwände durch den Trophoblast ersetzt werden, der venöse Zufluß gestört wird und es zu Stauungen kommt. Bezüglich der Menstruation des atretischen Nebenhornes lehrt der zweite von ihm publizierte Fall, daß sie auch bei noch so schlecht entwickelter Schleimhaut erfolgen könne. Die Atresie des Nebenhornsteils und der Verschluß der Tube sind mitunter die Folgeerscheinungen einer aufsteigenden Infektion, die sich aber nicht immer nachweisen läßt. Die Häufigkeit der

Adnexerkrankungen bei uteriner Doppelmißbildung spricht für die leichte Affizierbarkeit schlecht entwickelter Organe. So muß auch selbst bei Ausschluß einer aszendierten Infektion, also bei Annahme einer kongenitalen Atresie ein etwa gleichzeitig bestehender Tubenverschluß einer Infektion vom Abdomen her in erster Linie durch Darmkeime nach vorübergehender Darmkompression zugeschrieben werden.

Über einige Mißbildungen der Tube angeborenen und erworbenen Ursprunges schreibt Schickele (37). In der Nähe der Ampulle findet man mitunter kleine Lumina. Sowohl bei Föten als auch bei Erwachsenen sind Zeichen von Entzündungen nicht vorhanden. Ferner sieht man Abknickungen, welche auf Infantilismus beruhen. Die Tubenausbuchtungen kommen gewöhnlich im ampullären Abschnitte vor. Schickele erwähnt einen Fall, wo das rechte Horn rudimentär walzenförmig war und durch einen bleistiftdicken Strang mit dem Uterus in Verbindung stand. Die rechte Tube ging als 2 *mm* dicker Strang vom rudimentären Horn ab, wurde dann etwas breiter und endigte mit einer kleinen, spindelförmigen Erweiterung. Der Morsus diaboli war von der Tube ganz getrennt. Es liegt wohl eine Störung in der Entwicklung der Müllerschen Gänge vor.

Vereinsberichte.

Geburtshilflich-gynaekologische Gesellschaft in Wien. Sitzung am 11. Juni 1907. Vorsitzender: Lott. Schriftführer: Christofoletti.

Cristofoletti: Zwei Beckenpräparate nach Hebosteotomie. Cristofoletti demonstriert zwei Beckenpräparate, welche von zwei Frauen stammen, die ungefähr 1 Jahr nach der Hebostetoomie starben und welche zwei verschiedene Typen der Ausheilung der Knochenwunde zeigen. Das eine Becken gehört der Klinik Schauta, das andere der Triester Gebäranstalt (Vorstand Prof. Welponer). Aus der Krankengeschichte des Falles aus der Klinik Schauta wäre zu erwähnen, daß bei der Frau am 26. November 1905 die Hebosteotomie bei Conj. diag. von 9·5 *cm* ausgeführt wurde. Das mittelst Forceps extrahierte Kind war 3250 *g* schwer, Wochenbett ungestört. Die Frau wurde bald wieder gravid, kommt am 19. Jänner 1907 mit vorzeitigem Blasensprunge fiebernd zur Geburt. Da das Kind nicht sehr groß erscheint, wird durch Wendung die Geburt beendet, Kind lebend, 2650 *g* schwer. Die Frau ist 16 Tage nach der Geburt an Sepsis gestorben. Am Beckenpräparate sieht man an einem parallel der Beckeneingangsebene geführten Schnitte, daß die Knochenfragmente mittelst eines mächtigen knöchernen Kallus verheilt sind, der ziemlich stark gegen das Beckeninnere vorspringt. Was die Weichteile anbelangt, so findet sich ein Defekt des freien Schenkels des Levator ani auf der operierten Seite, ebenso sind durch die narbigen Veränderungen die Insertionsstellen der Adduktoren nicht mehr zu differenzieren.

Betrachtet man weiter das Becken von oben oder von vorn, so sieht man, daß an der hebosteotomierten Seite die Stelle zwischen der Symphyse und dem Foramen obturatorium breiter ist als auf der anderen Seite. Die Distanz von der Symphyse bis zum Tuberculum ileopectineum beträgt rechts 7·6 *cm*, links auf der operierten Seite 8·8 *cm*, von der Sägefläche aus gemessen beträgt die Entfernung von der Symphyse bis zum Pfannenrande links 7·2 *cm*, rechts 6·1 *cm*, die Conjugata vera 7·4 *cm*. Die Entfernung vom Promontorium zum nach innen vorspringenden Punkte des Knochenkallus beträgt 6·9 *cm*, während die Entfernung zur korrespondierenden Stelle der nicht operierten Seite 7·3 *cm* ausmacht. Ebenso haben Messungen der beiden Beckenhälften ergeben, daß die hebeostomierte Beckenhälfte etwas weiter ist.

Was das zweite Becken (Welponer) anbelangt, so handelte es sich in diesem Falle um eine 22jährige II-para mit einfach, plattem, rachitischem Becken, Conjugata vera 8 *cm* 1. Geburt Abortus, 2. Partus Hebeostotomie, Forzeps, Kind 3600 *g* schwer. Blasenverletzung. Nach 6 Monaten entwickelte sich an der Stelle der Pubotomie eine Hernie, so daß Pat. gezwungen war, ein Bruchband zu tragen; sonst keine Beschwer-

den, der Gang vollkommen normal. Die Frau beging ein Jahr nach der Operation einen Selbstmord.

Die Knochenwunde ist im Gegensatz zum früher demonstrierten Becken bindegewebig verheilt. Die Breite der bindegewebigen Brücke beträgt 2·3 *cm*. Auch an diesem Becken läßt sich eine geringe Erweiterung der hebosteotomierten Seite nachweisen.

Man sieht an diesen beiden Becken die verschiedene Ausheilung der Knochenwunde. In beiden Fällen ist der Beckenring weiter geworden. Das knöchern verheilte Becken hat jedoch durch das Vorspringen des knöchernen Kallus nach innen im geraden Durchmesser eher eine geringe Verengerung erfahren. Beim bindegewebig verheilten Becken kann man wohl von einer Erweiterung des Beckens sprechen, eine sehr unangenehme Komplikation ist jedoch in der Entwicklung einer Hernie an der Operationsstelle anzusehen.

Diskussion:

Waldstein: Ich möchte nur einiger Fälle Erwähnung tun, die in der Literatur niedergelegt sind, so eines Falles von van de Velde, der eine Pubiotomierte untersuchen konnte und wo derselbe analoge Verhältnisse gefunden hatte, wie hier an den demonstrierten Präparaten. In dem Vortrage Cristofolettis findet sich der Ausspruch, daß die pubiotomierte Seite weiter geworden sei. Wenn ich den Vortragenden richtig verstanden habe, so bezieht sich die Erweiterung auf die quere Dimension des Beckens, und zwar vom Kreuzbein gegen die seitliche Beckenwand. Auch bei van de Velde findet sich dieser Ausdruck, daß das Becken auf der pubiotomierten Seite weiter geworden ist, nur sollte ergänzt werden „in querer Richtung". Nachdem dies gegen mich ins Feld geführt und am Kongresse besprochen wurde, erlaubte ich mir, dieses zur Sprache zu bringen. Ferner habe ich in der Literatur einen Fall von Kraemer gefunden, bei dem die pubiotomierte Seite in der Tiefendimension weiter geworden war; bei einem anderen Becken wieder in der Höhendimension.

Bürger: Ich glaube, daß der Frage, welche Hälfte des Beckens bei der Hebosteotomie weiter wird, allzuviel Aufmerksamkeit geschenkt wird und daß man darüber nicht wichtigere Fragen vergessen solle, vor allem, was man mit der Beckenerweiterung tatsächlich leistet und wie es den Frauen in späterer Zeit ergeht. Ich hatte Gelegenheit, die Fälle, die an unserer Klinik von uns operiert worden sind, zum größten Teile nachzuuntersuchen — es sind bis jetzt 25 Fälle — und kann sagen, daß es den Frauen ausnahmslos gut geht. Sie sind gehfähig und arbeitsfähig und befinden sich subjektiv völlig wohl. Die Konsequenzen der Hebosteotomie sind nicht gleichzustellen denen, wie wir sie bei der Symphyseotomie gesehen haben. Was die dauernde Erweiterung des Beckens anlangt, so konnte ich konstatieren, daß tatsächlich in den meisten Fällen eine bleibende Erweiterung restiert, und zwar in unseren Fällen ad maximum um 1 *cm* der Conjugata vera, welcher Umstand wohl für spätere Geburten in Betracht gezogen werden kann.

Auch in bezug auf spätere Geburten kann ich über einige Fälle berichten: Der eine Fall ist der, den Cristofoletti erwähnt hat, und ein zweiter Fall, in dem nach $1^1/_4$ Jahren eine Spontangeburt mit reifem, ausgetragenem Kinde stattfand. Ferner findet sich noch ein dritter Fall. Diese Fälle sind jedoch nicht absolut beweisend, da beide Male das Kind etwas kleiner als das erstemal war.

Die Art und Weise, wie die Heilung der Knochen erfolgt, ist eine verschiedene. Ich hatte Gelegenheit, dies an den untersuchten Fällen zu studieren. Selbstverständlich ist, daß nur bei anatomischen Präparaten der exakte Nachweis möglich ist, und wird es daher notwendig sein, eine größere Anzahl von Fällen zur Beurteilung zu bekommen. Ich kann Ihnen hier Röntgenogramme zeigen, welche die verschiedenen Typen der Ausheilung demonstrieren. In den meisten Fällen erfolgt die Ausheilung bindegewebig, in den selteneren Fällen knöchern. Die bindegewebige Ausheilung erfolgt in der Weise, daß sich Bindegewebe zwischen den Knochenwänden interkaliert, was einen mehr weniger großen bleibenden Gewinn bedeutet, weil man mit der Möglichkeit rechnen muß, daß das Bindegewebe in der Folgezeit schrumpft, wenn es auch im Falle einer neuerlichen Gravidität aufgelockert und gedehnt werden kann. Andrerseits muß auch gesagt werden, daß, falls die Ausheilung des Knochens rein knöchern erfolgt, der interkalierte Knochen in der Folgezeit nicht schrumpfen kann und eine bleibende Erweiterung bewirkt. Man darf sich nicht vorstellen, daß die Knochen einfach aneinander heilen, sondern es findet vielmehr eine Interkalierung von Gewebe statt. Zwischen diesen beiden Extremen kommen Übergänge vor, bei denen entweder endostale oder periostale Kallusbildung überwiegt.

Schauta: Ich möchte nur ein paar Worte sprechen über die Hebosteotomie im allgemeinen. Die Operation hat sich allgemein eingebürgert, aber es kommt mir vor, daß man punkto Hebosteotomie an vielen Orten des Guten zu viel tut, und das ist eben eine große Gefahr für die Operation. Leider ist dies bei derartigen Operationen immer so gewesen, daß

man übers Ziel geschossen hat, und wenn Sie die Referate der letzten Kongresse lesen, so ist man schon an diesem Punkte angelangt. Ich glaube, man sollte die Indikationen nicht zu weit ausdehnen und es ist ein großer Fehler, daß man die Indikationsstellung bei dieser Operation schon zu weit ausgedehnt hat.

Ein zweiter Punkt, der bemängelt wird, ist der, daß man die Operation zu früh ausführt, und zwar zu einer Zeit, wo man noch nicht mit voller Sicherheit die Überzeugung hat, daß ein Mißverhältnis zwischen kindlichem Schädel und Becken bestehe, das nicht anders als durch eine solche Operation zu überwinden wäre. Da ist besonders das Bestreben vieler Operateure, die Hebosteotomie von der operativen Entbindung gewissermaßen zu trennen. Wenn Sie solange warten, bis Sie sehen, daß die Geburt nicht anders möglich ist, so ist mit der Hebosteotomie auch schon die Indikation für die Entbindung da und man wird mit dieser aus Rücksicht für Mutter und Kind nicht mehr lange warten können. Wenn man aber heute die Hebosteotomie von der entbindenden Operation vollständig trennt, dann kommt man leicht in Gefahr, daß man die Hebosteotomie in Fällen ausführt, in denen es auch ohne diese gegangen wäre. Vor diesem Fehler soll man sich stets bewahren. Ich habe vor 14 Jahren gesagt, daß ich mich nicht entschließen könnte, nach einer Symphyseotomie die Frau einfach ihren Wehen zu überlassen und habe ich bei dieser Gelegenheit auch einen harten Ausdruck gegen Zweifel gebraucht. Ich nehme denselben heute auch gern zurück, um so mehr, als ich zu denen gehöre, die ausnahmsweise nach der Operation der Beckenerweiterung den spontanen Geburtsverlauf abwarten. Aber zwischen der damals ausgeführten Operation der offenen Symphyseotomie und der heutigen subkutanen Hebosteotomie ist doch ein großer Unterschied, und ich muß daher sagen, daß, wenn die offene Symphyseotomie heute noch immer gebräuchlich wäre, ich auch heute noch auf meinem damaligen Standpunkte beharren müßte. Ich fühle mich verpflichtet, dies zu sagen, weil Zweifel meinen damaligen Ausspruch als eine Art Rückzug angesehen hat. Heute stehe ich auf dem Standpunkte, daß man in den meisten Fällen gezwungen sein wird, bald nach der Hebosteotomie die Entbindung auszuführen. Es hängt diesem Verfahren der Nachteil an, daß oft Verletzungen stattfinden, die nicht vermieden werden können. Allerdings sind diese Verletzungen nicht schwer, aber trotzdem sind sie nicht gleichgültig. In denjenigen Fällen, in denen ich in der Lage war, zuzuwarten, in denen keine unbedingte Indikation zur sofortigen Entbindung vorlag, wo man aber ohne Beckenerweiterung nicht ausgekommen wäre, habe ich keine derartigen Verletzungen gehabt.

Ich habe in letzter Zeit zwei Fälle operiert, in denen ich warten konnte und über die ich hier berichten möchte: In dem einen Falle handelte es sich um eine Beckenverengerung bei einer 18jährigen Primipara. Die Frau war längere Zeit schon in der Geburt begriffen, doch bestand keine Aussicht auf eine spontane Entbindung, weshalb ich die Hebosteotomie ausführte. Nach derselben wurde gewartet und eine halbe Stunde später entband die Frau spontan ohne Verletzung. Heute habe ich in der Vorlesung einen Fall operiert, bei dem der Arzt draußen den Fehler beging, bei engem Becken und bei nur für einen Querfinger offenem Muttermunde und erhaltener Zervix die Blase zu sprengen, wodurch das Kind so in die Klemme kam, daß Mekonium abging und die ernsteste Befürchtung bestand, daß das Kind zugrunde gehen werde. Der Kopf stand hoch und trat trotz kräftiger Wehen nicht in das Becken ein. Der Muttermund erweiterte sich nicht, weil eben der Kopf nicht eintreten konnte. Ich habe nun um $^1/_2$2 Uhr die Hebosteotomie ausgeführt und zugewartet. Um 3 Uhr, also nach $1^1/_2$ Stunden, wurde ein 3800 *g* schweres Kind geboren, ohne daß die geringste Verletzung der mütterlichen Weichteile stattgefunden hätte.

In den meisten Fällen kann man sich zuwartend verhalten; seltener die Fälle, wo man nach der Hebosteotomie zur Zange greifen muß. Auch hier heißt es: Individualisieren! Deshalb bin ich noch immer nicht aus einem Gegner des Zuwartens zu einem absoluten Freunde des abwartenden Verfahrens geworden. Individualisieren und das tun, was das Beste ist, ist hier die richtigste Methode.

Fleischmann: Gestieltes Lipom der Bauchhöhle.

Während auf der Außenfläche des Darmes am Ansatz des Mesenteriums, in den Appendic. epiploic. und retroperitoneal in der Wurzel des Mesenteriums gelegentlich selbst umfangreichere Lipome gefunden werden, dürfte ein frei in die Bauchhöhle ragendes Lipom, das von der Subserosa der vorderen Bauchwand seinen Ursprung genommen hat, zu den Seltenheiten gehören.

Einen derartigen Tumor erlaube ich mir hier vorzustellen. Er entstammt einer 31jährigen Kaufmannsfrau aus Debreczin, welche 7mal geboren hatte und wegen Leibschmerzen, die in den letzten Monaten aufgetreten waren, meine Spitalsabteilung aufsuchte.

Ich fand den leicht vergrößerten Uterus etwas rechts gelagert, antevertiert. Die rechten Adnexe frei, die linken konnte ich nicht tasten. Oberhalb des Beckens in der linken Unterbauchgegend ein glatter, elastischer, nahezu kindskopfgroßer, beweglicher

Tumor nachweisbar, der sich nicht ins Becken hereindrücken ließ. Ich nahm an, es handle sich um einen vom linken Eierstock ausgegangenen Tumor, wahrscheinlich ein zystisches Embryom, und laparotomierte die Frau am 31. Mai. Die Beckenorgane waren gut gelagert, die Gebärmutter, abgesehen von einer leichten, gleichmäßigen Vergrößerung, normal beschaffen, ebenso beide Tuben und beide Ovarien. An der hinteren linken Bauchwand lag ein von Darm und Netz bedeckter, nahezu kindskopfgroßer ovoider Tumor, der in breiter Ausdehnung mit dem Netz locker verwachsen, mit dem Peritoneum der vorderen Bauchwand etwa in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse mittelst eines kurzen, federkieldicken, einmal um 360° gedrehten Stieles zusammenhing. Nach Lösung der Netzadhäsionen wurde der Stiel unterbunden, durchschnitten, der Tumor entfernt; Verschluß der Bauchwunde.

Die entfernte Geschwulst ist von einer dünnen, bindegewebigen Kapsel umgeben und zeigt auf dem Durchschnitt ein von mehrfach sich kreuzenden, zarten, bindegewebigen Streifen gebildetes Fächerwerk, in dessen Maschen mattglänzendes, fettig aussehendes, an der Peripherie weißgelb erscheinendes, in den zentralen Partien graurot verfärbtes Gewebe lagert.

Die mikroskopische Untersuchung zeigt das Bild eines nur in den Randpartien tinktionsfähigen, in der Mitte nekrotischen Lipoms.

Dasselbe hat offenbar vom subserösen Fettgewebe der vorderen Bauchwand seinen Ursprung genommen, hat bei seinem Wachstum immer mehr und mehr die Parietalserosa gegen die Bauchhöhle vorgestülpt, bis es nur mit einem dünnen, spärliches Bindegewebe und zarte Gefäße enthaltenden Stiele mit der vorderen Bauchwand zusammenhing. Nach kurzer Zeit hätte der Tumor den dünnen gedrehten Stiel vollends abgedreht und wäre als freier Körper in die Bauchhöhle gefallen.

Boxer (als Gast): *a)* Chorioepithelioma malignum.

31jährige Patientin, vorher stets gesund, 5 normale Partus. Letzte regelmäßige Menses Mitte Juli v. J. Mitte August die Menstruation ganz schwach, in der darauffolgenden Woche Blutungen von wechselnder Intensität, die in den nächsten Monaten anhielten. Seit November seien auch größere Stücke Blut abgegangen. Am 20. Dezember v. J. Spitalsaufnahme. Am nächsten Tage Abgang einer mannsfaustgroßen, typischen Blasenmole, kleinere Reste derselben werden manuell entfernt. Am 9. Tage verläßt Patientin geheilt das Spital. Bald danach setzten die Blutungen wieder ein, Patientin wurde wieder aufgenommen. Bei der Austastung fanden sich einige kleinste Reste der Mole, deren Aussehen keineswegs suspekt erschien. Nach Uterusspülung sistierte die Blutung. Patientin verließ die Abteilung. Aber kaum waren einige Tage vergangen, begann Patientin wieder zu bluten. Die Blutungen hielten an und veranlaßten sie zum neuerlichen Spitalseintritt. Am Tage desselben, am 10. April 1907, bot Patientin bei recht gutem Aussehen den Befund eines etwas vergrößerten Uterus, aus dem braunrotes Sekret herauskam. Sonst durchaus normale Verhältnisse. Der Verdacht auf Chorioepitheliom veranlaßte uns, ein Probecurettement vorzunehmen. Die histologische Untersuchung der dabei zutage geförderten graubraunen, krümeligen Massen ergab den Befund des Chorioepithelioms, auch in den Spalten zwischen den Muskelbündeln waren kleinere Geschwulstpartien zu sehen. Auf Grund dessen wurde die sofortige vaginale Totalexstirpation vorgenommen. Das dabei gewonnene Präparat erlaube ich mir hier zu demonstrieren. Der Uterus in allen Durchmessern vergrößert, 10 *cm* lang, Tubenabstand 6 *cm*, Muttermund spaltförmig, seitlich mit Narben versehen, die Zervix 3 *cm* lang. Das Cavum uteri deutlich erweitert, von der linken Tubenecke ragt ein über pflaumengroßer Gewebsknoten ins Kavum hinein, dasselbe zum größten Teil ausfüllend. Die nach unten gekehrte Fläche ist unregelmäßig zerklüftet, stellenweise zerfallen, fließend weich, an dieser Stelle schmutzig grünlichbraun, sonst graurötlich. Die übrige Oberfläche glatt. Der Geschwulstknoten sitzt in der Gegend des linken Uterushornes kurzgestielt auf, erstreckt sich auch zum Teil auf die hintere Fläche des Cavum uteri. Die Uteruswand im Bereiche des Fundus 2 *cm* dick. Auf einem Durchschnitte zeigt sich, daß der Gewebsknoten am Grunde eine markreiche Beschaffenheit hat, gegen den freien Pol wie zerfasert aussieht und daß sich in der Gegend des Uterushornes das Gewebe bis $^1/_2$ *cm* weit ins Myometrium hinein erstreckt. Die Serosa allenthalben glatt.

Der maligne Charakter der Geschwulst verrät sich noch deutlicher im histologischen Präparat, das neben dem Eindringen der Geschwulstelemente des Chorioepithelioms in die Uterusmuskulatur auch den Einbruch in Gefäße aufweist.

Ich habe mir erlaubt, den Fall deshalb vorzustellen, weil er uns die Möglichkeit gab, auf Grund der Anamnese sowie der klinischen Beobachtung die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Chorioepitheliom zu stellen, was durch das vorgenommene Probecurettement bestätigt wurde.

b) Beiderseitige interstitielle Gravidität.

Der Fall, dessen Präparate ich mir hier zu demonstrieren erlaube, ist nicht nur klinisch und pathologisch-anatomisch interessant, sondern erscheint auch mit Rücksicht auf die Ätiologie der Tubargravidität wichtig.

Es handelt sich um eine 25jährige Patientin, die am 4. April 1907 der gynaekologischen Abteilung des Rudolfspitales überwiesen wurde. Die Anamnese ergab, daß die vorher stets gesunde Patientin, die bereits 4 normale Partus durchgemacht hatte, im Dezember 1906 zum letztenmal regelmäßig menstruiert wurde. Im Januar 1907 blieben die Menses aus. Anfangs Februar verspürte Patientin nach dem Heben eines schweren Korbes heftige, brennende Schmerzen in beiden Unterbauchgegenden, einige Stunden später trat eine starke Blutung auf, die 14 Tage unvermindert anhielt. Patientin mußte zu Bette liegen; kein Erbrechen. Anfangs März stellte sich abermals eine heftige, von Schmerzen begleitete, 8 Tage andauernde Blutung ein. Am 2. April erkrankte nun Patientin nachts plötzlich unter heftigsten krampfartigen Schmerzen im Unterleibe, die auch am nächsten Tage anhielten und von Erbrechen und Ohnmachten begleitet waren und noch bei der Spitalsaufnahme bestanden. Die erste Untersuchung um 4 Uhr nachmittags ergab folgenden Befund: Auffallende Blässe, Temperatur 36·5, Puls 140, Abdomen aufgetrieben, in der rechten Unterbauchgegend druckempfindlich. Keine Dämpfung. In beiden Mammis Colostrum. Portio weich, Uterus etwas größer, im Douglas deutliche Fluktuation. Diagnose: Ruptura tubae gravidae dextrae? Wegen gefahrdrohender Anämie wird um 7 Uhr abends zur Laparotomie geschritten. Bauchschnitt in der Medianlinie von der Symphyse bis handbreit über dieselbe. Nach Eröffnung des Peritoneum stürzen aus demselben kolossale Blutmassen hervor und erschweren zunächst die Orientierung über die Organe des kleinen Beckens. Weder die rechte, noch die linke Tube, die nacheinander vor die kleine Bauchwunde vorgezogen werden, zeigen Veränderungen, die für eine Tubargravidität sprechen würden. Erst die Einstellung des linken Uterushornes bringt an der linken Tubenecke eine mehr der vorderen Wand breit aufsitzende, weiche, gut kirschengroße Vorwölbung zur Ansicht, die an ihrem oberen Pol eine 1 *cm* lange, klaffende Rupturstelle zeigt, an welcher ein schwarzrotes Koagulum haftet. Unmittelbar daneben, inmitten schwarzroten Blutes findet sich ein weißliches, bohnengroßes, zackiges Gebilde. Dieses läßt sich unschwer als Chorium erkennen. Exzision des linken Uterushornes und Abtragung der zugehörigen Tube. Der im Uterus entstandene keilförmige Substanzverlust wird durch Vernähung der Serosa geschlossen.

Vor der endgültigen Versenkung des Uterus wird noch die rechte Tubenecke besichtigt. Diese zeigt zur größten Überraschung eine ganz analoge, bläulichschwarz durchschimmernde Auftreibung, an ihrer Kuppe eine braunrot verfärbte Stelle. Dieselbe wird ebenfalls samt der rechten Tube abgesetzt, die Wunde ebenso wie auf der anderen Seite versorgt. Entfernung der restlichen Koagula, Auswaschung der Bauchhöhle mit Kochsalz, Schluß der Bauchwunde. Die Heilung erfolgte per primam. Pat. wurde am 16. Tage entlassen.

Ich erlaube mir, die photographischen Bilder der gewonnenen Präparate vorzulegen, welche vor der Zerlegung der Objekte in Schnittserien angefertigt worden waren. Daß es sich linkerseits um eine interstitielle Gravidität mit Ruptur handelte, schien von vornherein klar zu sein, eine Annahme, zu der man ganz besonders durch das in der Nähe aufgefundene Chorium verführt wurde. Der analoge Befund einer Auftreibung des rechten Hornes erweckte während der Operation die Vermutung, daß es sich auch hier möglicherweise um eine interstitielle Gravidität handeln könnte.

Die histologische Untersuchung der gewonnenen Präparate führte jedoch zu Befunden, welche den intra operationem gemachten Annahmen nur zum Teil entsprachen.

Auf der rechten Seite fanden sich nämlich allerdings alle Merkmale einer frisch geplatzten, interstitiellen Gravidität (Deziduazellen, Chorionzotten, syncytiale Elemente). Auf der linken Seite war histologisch kein Anhaltspunkt für eine gleichalterige Gravidität zu finden. Hier konnte man nämlich neben narbigen Gewebszügen, in welchen reichliches Blutpigment meist intrazellulär eingeschlossen war, teilweise verkalkte Partien erkennen. Der Riß, welcher schon makroskopisch sichtbar war, zeigte an seinen Rändern frischeres Granulationsgewebe mit zum Teil hyalinen Fibrinmassen und frische Blutgerinnsel. In der noch vorhandenen spaltförmigen Höhle fanden sich einige, dem Stroma von Chorionzotten entsprechende Gebilde; Epithel konnte allerdings nicht gefunden werden.

Alle diese Veränderungen sprechen dafür, daß es im linken Tubenwinkel vor nicht gar zu langer Zeit zu einer ausgedehnten Blutung mit Zerstörung des Gewebes gekommen war, für deren Ursache wir auch eine Gravidität annehmen müssen; denn wenn auch kein Zottenepithel und keine syncytialen Elemente vorhanden waren, so würde schon der Mangel jeder anderen Ursache der zweifellos erfolgten und noch vorhandenen Gewebszerreißung dafür sprechen; außerdem wurden ja noch bindegewebige Anteile von Zotten nachgewiesen, wie solche in älteren Plazentarpolypen nach Abortus auch nicht selten vorhanden sind. Es sprechen auch für diese Vermutung die anamnestischen Angaben der Patienten, nach welchen bereits 2 Monate und 1 Monat vor der Operation Schmerzen und Genitalblutungen aufgetreten waren.

Was nun dem Fall besonderes Interesse verleiht, ist der Umstand, daß neben den genannten Veränderungen in beiden Tubenwinkeln sog. Adenomyome (v. Recklinghausen) ihren Sitz hatten. Da die Gangsysteme der Adenomyome mit dem Lumen des isthmischen Teiles der Tube vielfach in offener Kommunikation stehen, kann das die Tube passierende Eichen leicht in einem derartigen Gange aufgehalten werden und hier zur Insertion gelangen. Auf die ätiologische Wichtigkeit für das Zustandekommen der interstitiellen Gravidität bei den sog. Adenomyomen hat schon Micholitsch (aus der Wertheimschen Anstalt) vor nicht langer Zeit hingewiesen.

Auffallend bleibt an diesem Falle der Umstand, daß die wahrscheinliche, vor Monaten erfolgte Ruptur im linken Tubenwinkel zur Zeit der Operation nicht konsolidiert war und Anlaß zu einer frischen Blutung in die Bauchhöhle gegeben hat. Ich glaube, daß es möglich ist, die Verzögerung des Heilungsvorganges nach erfolgter Tubenruptur mit der gleich darauf einsetzenden neuerlichen Gravidität im Horn der anderen Seite in Zusammenhang zu bringen. Denn diese führt eine Hyperämie des ganzen Organs mit sich, welch letztere häufigere kleine Nachblutungen an der verheilenden Rißstelle zur Folge hatte.

Das in der Nähe der linken Tube aufgefundene Chorion war, wie die histologische Untersuchung zeigte, frisch und entstammte daher dem graviden Tubenwinkel der Gegenseite.

Nach all dem handelt es sich in diesem Falle um zwei interstitielle Graviditäten, welche durch einen relativ kurzen Zeitraum voneinander getrennt aufgetreten waren, zur Ruptur geführt hatten und durch bestehende bilaterale Tubenwinkeladenomyome verursacht sein dürften.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Gynaekologie.

Boursier, Fibrome sphacélé. Hysterectomie subtotale. Guérison. Journ. de Méd. de Bordeaux, Nr. 49.
Evelt, Glykosurie als Folge von Abdominaltumoren. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Nr. 6.
Tobler, Über primäre und sekundäre Dysmenorrhöe. Ebenda.
Müller, Über einen seltenen Krampfzustand der Beckenorgane. Ebenda.
Hengge, Die vaginale Operation der erkrankten Adnexe. Ebenda.
Horst, Thiopinol in der Gynaekologie. Ther. d. Gegenw., Nr. 12.
Bourcart, De la valeur comparative des différents procédés opératoires dans les rétroversions ou flexions de l'utérus. Annal. de Gyn. et d'Obstétr., Dezember 1907.

Mériel, Deux cas de tuberculose de la vulve. Ebenda
Serafini, Due cisti della ghiandola vulvo-vaginale. La Rass. d'Ostetr. e Ginecol., Nr. 12.
Orlów, Zur Kasuistik der Fibromyoma uteri retrocervicale. Russkij Wratsch, 1907, Nr. 36.
Litschkus, Zur Therapie veralteter Gebärmutterverlagerungen. Ebenda.
Ratschinskij, Statuten einer Gesellschaft zur Karzinombehandlung. Ebenda, Nr. 40.
Kuschtalow, Therapie inoperabler Karzinome. Ebenda, Nr. 41.
Heimbürger, Zur Frage von der Metritis dissecans. St. Petersburger med. Wochenschr., Nr. 48.
Stoeltzner, Menstruatio praecox. Med. Klinik, 1908, Nr. 1.
Salaroli, Intorno ad alcuni casi di endometrite emorrhagica. L'Arte Ostetr., Nr. 23.
Sacchi. Sopra due casi di tumori del legamento largo. Annali di Ostetr. e Gin., Nr. 11.
Ranzi, Zur Differentialdiagnose der gedrehten zystischen Tumoren der weiblichen Genitalorgane gegenüber Appendizitis. Berliner klin. Wochenschr., 1908, Nr. 1.
Bland Sutton, A Clinical Lecture on Cancer of the Ovary. Brit. Med. Journ., Nr. 2453.
De Witt Reese, Fibroid Tumors of the Uterus and Their Treatment. Med. Rec., Nr. 1937.
Hartog, Zum frühen Aufstehen Köliotomierter. Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 52.
Neumann, Zur Kasuistik der Mißbildungen der weiblichen Genitalien. Ebenda.
Großmann, Einklemmung eines Laminariastiftes im Uterus. Ebenda.
Grube, Kombinierter Instrumentier- und Instrumentensterilisiertisch. Ebenda.
Ernst, Ein Depressor vaginae nach Fanöe. Ebenda.
Franz, Licht als Desinfiziens. Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 1.
Seeligmann, Zur Technik der abdominellen Totalexstirpation des Uterus wegen Karzinom. Ebenda.
Stoeckel, Atlas der gynaekologischen Zystoskopie. Hirschwald, Berlin 1908.
Runge, Neuere Behandlungsmethoden auf dem Gebiete der Gynaekologie. Münchener med. Wochenschr., 1908, Nr. 1.
Sauer, Eignung und Wert der physikalischen Hilfsmittel in der Gynaekologie. Zeitschr. f. phys. u. diätet. Ther., Bd. XI, H. 10.
Teller, Über das Vulvakarzinom. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. LXI, H. 2.
Burckhard, Klinische und experimentelle Untersuchungen über die Wirkung einiger Ätzmittel auf die Uterusschleimhaut. Ebenda.

Geburtshilfe.

Davis, Report of a Case of Ovarian Cyst with Twisted Pedicle Complicating Pregnancy and Labor. Surg., Gyn. and Obst., Nr. 6.
Marx, Drei Fälle von Persistenz des Hymens nach der Verehelichung und Schwangerschaft in einer und derselben Familie. Allg. Wiener med. Zeitung, Nr. 52.
Falgowski, Nierendekapsulation bei Eklampsie im Wochenbett. Allg. med. Zentralzeitung, Nr. 51.
Getty, Ectopic Gestation, Diagnosis and Indications for Treatment Previous to Fourth Month. New York med. Journ., Nr. 1515.
Garbelli, Un caso di parto per la faccia, espletato mediante un' applicazione di forcipe. Ebenda.
Sacchi, Gli ultimi cinque tagli cesarei. Annali di Ost. e Gin., Nr. 11.
Lobenstine, Advanced broad-ligament pregnancy. Bull. of the Lying in Hospital N. Y., Vol. IV, Nr. 2.
Derselbe, Tumors of the Ovary Complicating Pregnancy and Labor. Ebenda.
Harrar, Management of the Umbilical Stump. Ebenda.
Lobenstine and Harrar, A Study of Forty-seven Cases of Premature Separation of the Placenta. Ebenda.
Harrar, An Aid to Complete Dilatation of the Cervix. Ebenda.
Mansfeld, Betrachtungen über den Zweck und die Art des Skopolamin-Dämmerschlafes in der Geburtshilfe. Wiener klin. Wochenschr., 1908, Nr. 1.
Cramer, Kochsalzentziehung beim Schwangerschaftshydrops. Münchener med. Wochenschr., Nr. 53.
Olshausen, Über die Geburt bei engem Becken und ihre Behandlung. Berliner klinische Wochenschr., 1908, Nr. 1.
Landau, Eine Methode zur Abkürzung normaler Entbindungen. Ebenda.
Pozsonyi, Gravidität und Appendizitis. Pester med.-chir. Presse, 1908, Nr. 1.
Lynds, Cesarean Section for Placenta Previa Centralis. The Internat. Journ. of Surg., 1907, Nr. 12.
Brock, The Arrest of Haemorrhage after Labor. The Practitioner, Nr. 475.
Reinhardt, Adrenalin und Osteomalakie. Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 52.
Kocks, Die Diagnose der Schulterlagen. Ebenda.
Simons, Zur Kasuistik des kriminellen Abortes. Ebenda.

Häberlein, Meteorismus nach Geburten. Ebenda.

Zárate, Erste Ausführung des vaginalen Kaiserschnittes (Dührssen) in Südamerika bei Lungenkrankheit und narbiger Verengerung des Larynx (ohne Anästhesie). Ebenda.

Nacke, Hebosteotomienadel. Ebenda.

Aus Grenzgebieten.

Granet, Contribution to the Pathology of Icterus Neonatorum. New York Med. Journ., Nr. 1516.

Mayon, Ophthalmia Neonatorum. The Practitioner, Nr. 475.

Ten Doesschate, Über das Vorkommen von Milchsäure bei der Eklampsie. Hoppe-Seylers Zeitschr. f. physiol. Chemie, Bd. LIV, H. 2 u. 3.

Kleinhans und Schenk, Experimentelles zur Frage nach der Funktion des Corpus luteum. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. LXI, H. 2.

Greeff, Über Prophylaxe und Therapie der Augeneiterung der Neugeborenen. Die Therapie der Gegenwart, 1908, H. 1.

Fothergill, The Supports of the Pelvic Viscera. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp., 1908, Nr. 1.

Personalien und Notizen.

(XVI. Internationaler medizinischer Kongreß.) Derselbe wird in Budapest vom 29. August bis 4. September 1909 tagen und nach den bereits jetzt vorliegenden Ankündigungen von Vorträgen zu den imposantesten Kongressen zählen, die je veranstaltet wurden. Nicht weniger als 21 Sektionen mit ungemein großem Programm werden eine gewaltige Arbeit leisten; die Verhandlungssprachen sind deutsch, französisch, englisch, italienisch. Die gynaekologische Sektion dürfte besonders stark besucht werden. Unter den angemeldeten Vorträgen seien hervorgehoben jene der Herren Bar, Bossi, Bumm, Döderlein, Engström, Hegar, Heinricius, v. Herff, Kroenig, Martin, Pestalozza, Pfannenstiel, Pinard, Pozzi, v. Rosthorn, Wertheim, Wyder. Nähere Auskünfte erteilt die Redaktion der Gynaekologischen Rundschau.

(Personalien.) Dr. Hugo Hellendall hat die Privatklinik des verstorbenen Doktor v. Guérard in Düsseldorf übernommen. Dr. Schulze-Vellinghausen verbleibt an der Klinik. — **Habilitiert.** Dr. Wilhelm Busse in Jena mit einer Probevorlesung über „Neuere Anästhesierungsmethoden". — Dr. Axel Trolle in Kopenhagen mit einer Habilitationsschrift über „Die Funktion der Ovarien und ihre Bedeutung für den weiblichen Organismus." — **Ernannt.** Dr. Ribemont-Dessaignes zum Professor an der geburtshilflichen Klinik in Paris. Der außerordentliche Professor Dr. G. Resinelli in Florenz zum ordentlichen Professor. — **Gestorben.** Dr. Eduard Dirmoser in Wien.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: **Dr. Oskar Frankl.**

Herausgeber, Eigentümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg.**

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

GYNAEKOLOGISCHE RUNDSCHAU.

ZENTRALORGAN
FÜR
GEBURTSHILFE UND FRAUENKRANKHEITEN.

II. Jahrg. **1908.** **8. Heft.**

Original-Artikel.

Aus der königl. Universitäts-Frauenklinik zu Königsberg i. Pr.

Zwei seltene bei der Extraktion entstandene kindliche Verletzungen.[1]

Von Dr. **Pforte**, Assistenzarzt.

(Mit 4 Abbildungen.)

In den letzten Wochen wurden in unserer Klinik zwei kindliche Verletzungen beobachtet, die bei der Extraktion entstanden waren und durch ihre Seltenheit allgemeines Interesse verdienen.

Die eine — bisher überhaupt noch nicht beschrieben — ist die Unterarmfraktur. Der Zufall hat es gefügt, daß innerhalb ganz kurzer Zeit sich gleich zwei derartige Läsionen ereigneten, die erste bei Wendung und Extraktion nach vaginalem Kaiserschnitt wegen Eklampsie, die andere nach Wendung und Extraktion bei engem Becken wegen drohender Asphyxie des Kindes. Wie die Röntgenaufnahmen (Fig. 8 u. 9) zeigen, waren jedesmal beide Unterarmknochen gebrochen, und zwar ziemlich genau in der Mitte.

Das Zustandekommen dieser Frakturen war um so auffallender, als die Lösung der Arme keine Schwierigkeiten machte. In beiden Fällen waren sie weder hoch- noch zurückgeschlagen, lagen sicher bereits im Becken und ließen sich in der Kreuzbeinaushöhlung so leicht entwickeln, daß den betreffenden Geburtshelfern auch nicht der leiseste Gedanke kam, dabei eine Verletzung gemacht zu haben. War doch auch der Scheideneingang durch eine ausgedehnte Episiotomie erweitert worden. Sie blieben auch unmittelbar post partum gänzlich unbemerkt, da an die Möglichkeit einer derartigen Fraktur gar nicht gedacht und daher daraufhin überhaupt nicht untersucht wurde. Dann aber boten auch die betreffenden Glieder fast keine Veränderungen dar, namentlich waren ihre Bewegungen kaum beeinträchtigt. Erst später fiel ein schlaffes Herunterhängen der Hand und eine leichte Knickung des Unterarms auf.

Die Ätiologie dieser Frakturen kann nur darin eine Erklärung finden, daß die Finger der eingehenden Hand in der guten Absicht, den Oberarm zu schonen, sich gerade auf die Mitte des Unterarmes legten. Hierdurch wird derselbe gegen den Oberarm zu gestreckt, in querer Richtung gegen die Beckenwand gedrängt, und findet er hier irgendwo einen Widerstand, so sind bei dem Ansatz der Kraft gerade in der Mitte die Vorbedingungen zu einer Fraktur gegeben. Vielleicht wird diese noch be-

[1] Nach einer Demonstration in der ostpreußischen gynaek. Gesellschaft. Danzig, Februar 1908.

günstigt, wenn Radius und Ulna sich gerade in Supinationsstellung befinden, da in der Pronationsstellung, in der die Knochen gekreuzt übereinander liegen, der eine den anderen stützt.

Es ist durchaus nicht unwahrscheinlich, daß diese Verletzungen häufiger sind, nur aus irgendwelchen Gründen nicht beschrieben wurden. Verwunderung aber muß es direkt erregen, daß uns auch die Literatur über Unterarmbrüche bei schweren Armlösungen gänzlich im Stich läßt. Und doch wird jeder a priori annehmen, daß sie sich hier noch leichter und häufiger ereignen müßten. Auch hierfür steht uns eine im Jahre 1904 in unserer geburtshilflichen Poliklinik gemachte Beobachtung zur Verfügung. Bei einer wegen Nabelschnurvorfall bei engem Becken vorgenommenen Wendung und Extraktion fand sich der linke — vordere — Arm in den Nacken geschlagen

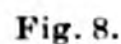
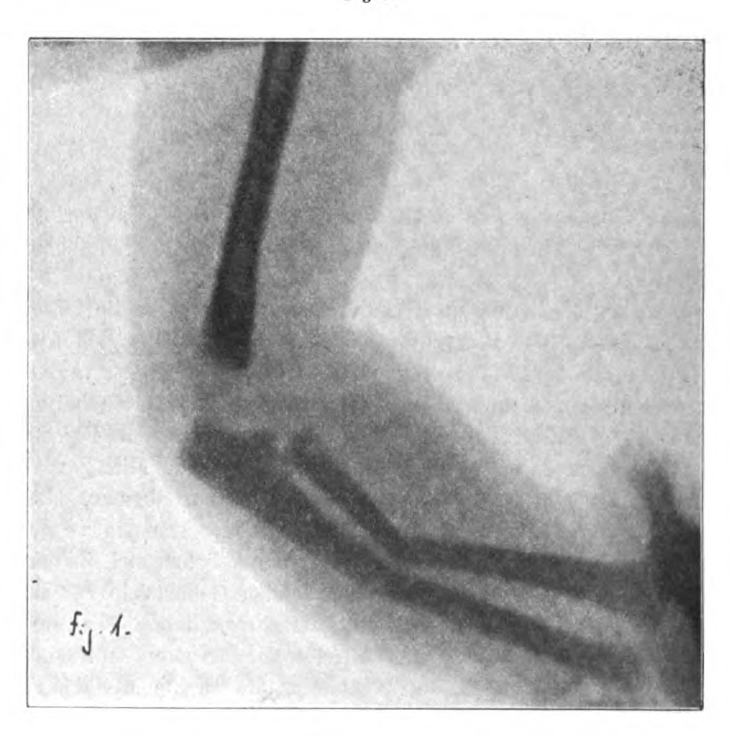


Fig. 8.



und so fest zwischen Kopf und Symphyse eingekeilt, daß alle üblichen Manöver zu seiner Lösung versagten. Da Eile nötig war, blieb nichts weiter übrig, als den Arm am Rücken entlang mit Gewalt herunter zu ziehen. Auch hierbei müssen sich die Finger der Geburtshelfers mehr nach der Mitte des Unterarms zu gelegt haben. Jedenfalls wurde unmittelbar post partum eine isolierte Fraktur in der Mitte des Radius festgestellt. Derartige isolierte Brüche eines Unterarmknochens sind sonst nicht allzu häufig; sie werden eigentlich nur beobachtet, wenn der Unterarm zur Abwehr gegen einen Schlag, Hieb usw. erhoben wird, und werden daher als Parierfrakturen bezeichnet. Es muß aus diesem Grunde angenommen werden, daß auch in dem erwähnten Fall die Gewalteinwirkung zwar stark, aber nur kurz dauernd war. Sonst wären wohl auch hier beide Knochen frakturiert worden.

Die andere von uns beobachtete kindliche Verletzung, ebenfalls durch die Extraktion entstanden, ist die Lösung der oberen Femurepiphyse. Sie ereignete sich bei einer Wendung und Extraktion bei Eklampsie nach vaginalem Kaiserschnitt. Da während der Extraktion ein deutliches Krachen zu hören war, wurde der linke Oberschenkel, an dem gezogen war, sofort genau untersucht. Zunächst konnte irgend etwas Pathologisches an ihm nicht ermittelt werden. Erst am 3. Tage fiel eine schnell zunehmende Schwellung an ihm auf, die als Hämatom gedeutet wurde, zumal die Röntgenaufnahme einen intakten Femur ergab. Bald jedoch machte sich eine leichte Verkürzung (4 *mm*) und eine mäßige Außenrotation bemerkbar, ferner schrie das Kind, sobald der Oberschenkel nach innen rotiert wurde. Alle diese Symptome deuteten auf die erwähnte Verletzung hin; 3 Wochen post partum wurde nochmals eine Röntgenaufnahme gemacht.

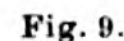
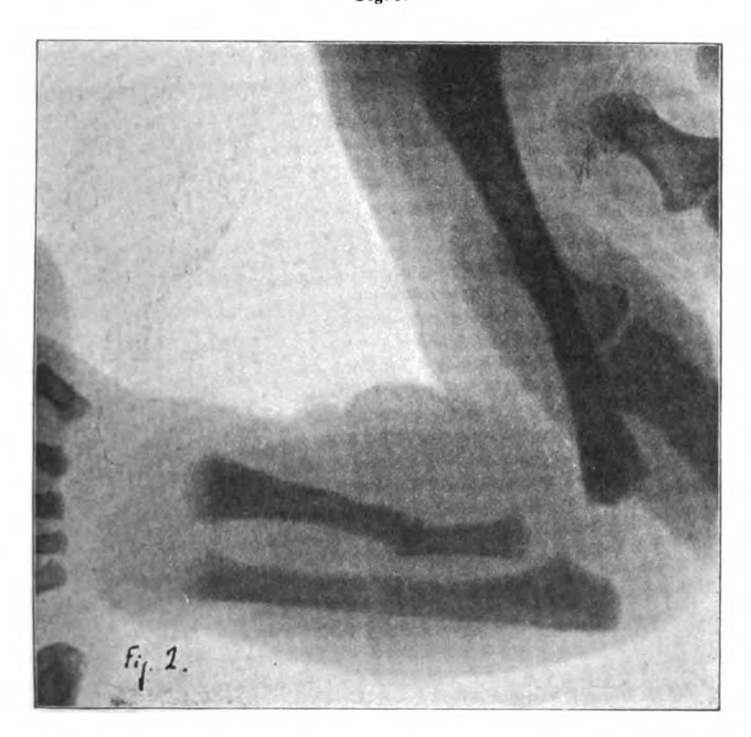


Fig. 9.



Sie ergab am oberen Femurende einen deutlichen Kallus, welcher als die Folge der mit der Epiphysenlösung einhergehenden Periostabsprengung angesehen wurde. Daß diese Annahme richtig war, zeigen die Sägeschnitte, die sowohl am gesunden wie am kranken Femur genau in der Medianebene der oberen Epiphyse angelegt wurden (cfr. Fig. 10 u. 11). Das Kind war in der 4. Woche einer Lungenentzündung erlegen.

Wie immer, so ist auch hier die Epiphyse gleichzeitig disloziert, nämlich nach hinten und unten. Dadurch erklärt es sich, wie am skelettierten Becken sofort auffällt, daß der Trochanter major nicht wie am gesunden Beine etwas nach hinten sondern direkt nach vorne sieht und daß der Femur (cfr. Fig. 10 u. 11) gemäß der verschiedenen Stellung der Epiphyse in verschiedener Richtung hat durchsägt werden müssen. Bei einer derartigen Dislokation mußte natürlich auch das Periost, welches nach Ollier

die Epiphyse besonders festhält, in großem Umfange zerreißen und hat so zu der starken Kallusbildung Veranlassung gegeben. Daß diese nicht etwa die Reaktion auf eine Fraktur ist, geht aus der absoluten Intaktheit des Femur, namentlich seines Spongiosagerüstes mit Sicherheit hervor. Die Gelenkkapsel dagegen hat der Gewalteinwirkung widerstanden, ebenso war das Lig. teres erhalten.

Auch über Epiphysenlösungen am oberen Femurende finden sich in der Literatur so gut wie keine Berichte. Nur Schauta will sie gesehen haben und Hoffa schreibt in seinem Lehrbuch, daß sie wohl bei schweren Extraktionen am Fuß entstehen können. Ja, es gab eine Zeit, in der die Chirurgen selbst im Zweifel waren, ob — nicht nur bei Neugeborenen —, sondern auch bei älteren Kindern derartige Verletzungen überhaupt möglich sind. Coulon jedenfalls leugnete sie gänzlich, während Gurlt sie für

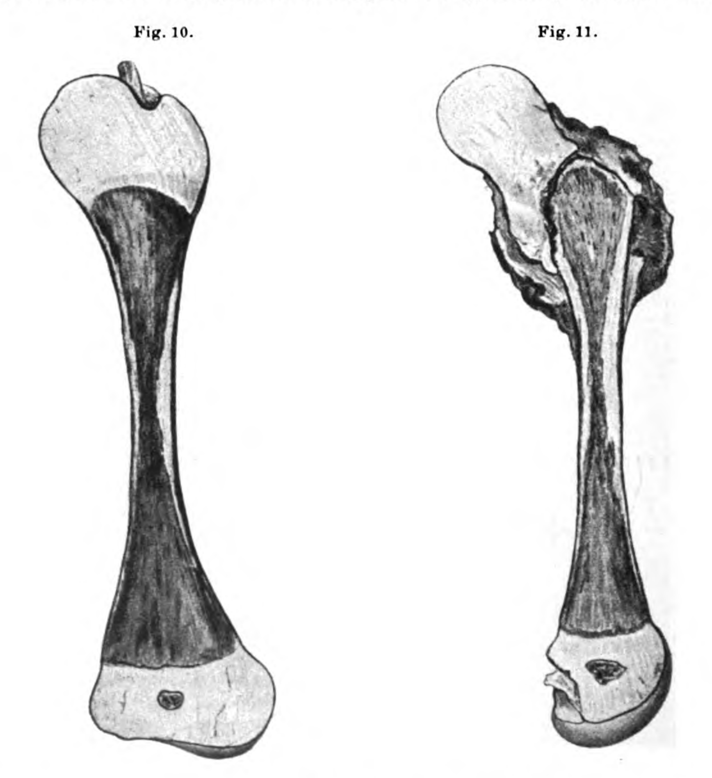


Fig. 10. Fig. 11.

große Seltenheiten ansieht. Beiläufig sei hier, mehr der Kuriosität halber, erwähnt, daß, während alle beschriebenen Fälle sich auf ältere Kinder beziehen, Carus von einer Epiphysenlösung Mitteilung macht, die intrauterin bei einem 5 Monate alten Fötus infolge eines Sturzes der Mutter entstanden war.

Diese Verletzungen bewirken, nicht erkannt und behandelt, schließlich ein Krankheitsbild, wie es die Coxa vara darstellt: jener Zustand am Oberschenkel, bei welchem der Schenkelhals horizontal oder sogar nach abwärts gerichtet ist, so daß Hochstand des Trochanter, Verkürzung des Beines, Außenrotation und Abduktion die Folgen sind. So bildet unsere Beobachtung einen wertvollen Beleg für die traumatische Entstehung der Coxa vara, wie es für ältere Kinder besonders Sprengel nachgewiesen hat. Dann aber kann sie bei oberflächlicher Betrachtung unter Umständen einmal auch eine kongenitale Hüftgelenkluxation vortäuschen.

Fragen wir uns auch hier nach der Ätiologie, so müssen nach den Arbeiten von Gurlt, Sturrock, Bruhns zwei Momente herangezogen werden, nämlich starker Zug und Rotation um die Längsachse oder Zug und übermäßige Abduktion. Wie nämlich die von Gurlt an Leichen von Neugeborenen angestellten Untersuchungen ergeben haben, kann Zug allein niemals eine Epiphysenlösung bewirken.

Nun, beide Bedingungen sind hier erfüllt. Es war bei der Wendung aus Schädellage der hintere Fuß heruntergeholt und es wurde durch Zug an diesem der Rücken des Kindes am Promontorium vorbei nach vorne gebracht. Hierbei konnte eine Rotation um die Längsachse des Femur um so leichter stattfinden, als der Steiß durch die Zervix — es war ein vaginaler Kaiserschnitt gemacht worden — ziemlich festgehalten wurde. Ist erst die Lösung der Epiphyse erfolgt, so erklärt sich die Dislokation, falls nicht ein „Verhaken" der durchtrennten Femurteile stattfindet, vielleicht dadurch, daß die am Trochanter major einsetzenden Muskeln die Epiphyse nach hinten ziehen, während die Adduktoren und die am Trochanter minor inserierenden Muskeln die Diaphyse nach vorn und oben drängen.

Ist die Ätiologie einer derartigen Verletzung erkannt, so ist damit gleichzeitig der beste Fingerzeig zu ihrer Vermeidung gegeben. Unterarmfrakturen werden sich nicht ereignen, wenn die lösenden Finger sich mehr der Gegend der Epiphysen des Unterarmes anlegen und die Kraft nicht senkrecht zur Längsachse, sondern in der Richtung derselben wirken lassen. Und Epiphysenlösungen am oberen Femurende werden nicht beobachtet werden, wenn bei erschwerten Extraktionen, mag der Zug am Fuß auch noch so stark sein, nur eine Rotation um seine Längsachse oder eine übermäßige Abduktion vermieden wird.

Über instrumentelle Perforationen und Pseudoperforationen des Uterus.

Von Dr. **Felix Heymann**, Berlin-Charlottenburg.

(Fortsetzung und Schluß.)

Diagnose.

Kann und muß nun eine trotz aller Vorsicht eingetretene Perforation in jedem Fall erkannt werden? Da unter den mitgeteilten Fällen die Gruppen der Perforationen durch Sondenzangen, Dilatatoren und Elektroden zu klein sind, um Anhaltspunkte für die spezielle Diagnose in solchen Fällen zu geben, beschränken wir die gestellte Frage auf die Perforationen durch Einschieben einarmiger Instrumente und stellen die beiden Vorfragen: erstens, in welchen Fällen wurde die durch Einschieben eines einarmigen Instruments entstandene Perforation [1]) sofort erkannt? zweitens, an welchen Symptomen wurde sie erkannt? Fall 63—65 müssen hier wieder ausscheiden, da bei ihnen das eingeheilte Netz erst Jahre nach der Perforation deren früheres Vorhandensein bewies und über die Diagnosenstellung des früher behandelnden Arztes nichts bekannt ist.

Von den verbleibenden 53 Fällen wurde in 34 die Verletzung sofort diagnostiziert (1, 3, 8, 12, 13, 14, 16, 17, 19, 20, 21, 22, 25, 28, 29, 30, 31, 32, 35, 39, 40 41, 42, 43, 44, 45, 46, 47, 52, 58, 59, 61, 62 und im Fall 10 [Spülcurette]).

In 7 Fällen (4, 5, 6, 18, 23, 27, 50) ist zwar nicht direkt gesagt, daß die Diagnose sofort gestellt wurde, doch ist es nach dem Zusammenhang sehr wahrscheinlich.

---

[1]) Resp. beim Einschieben eines einarmigen Instruments die schon vorher entstandene Perforation.

In 12 Fällen wurde die Verletzung bei ihrem Entstehen nicht erkannt (2, 7, 9, 11, 24, 34, 37, 38, 49, 56, 57, 60).

Das einzige Symptom, das in 33 von den 34 rechtzeitig erkannten Fällen stets vorhanden war, war das „Versinken" des Instruments. In den meisten davon wird das ausdrücklich hervorgehoben, in den übrigen ergibt es sich unzweideutig aus dem Zusammenhang. Verschiedentlich wird noch betont, daß das Ende des Instruments unmittelbar unter den Bauchdecken zu fühlen war. Diese Beobachtung ist aber nur eine unwesentliche Begleiterscheinung des Hauptsymptoms, des Vordringens des Instrumentes in eine die Länge des Uterus weit übertreffende Tiefe, und vorsichtiger ist es sicherlich, im Falle der Beobachtung eines derartig tiefen Vordringens des Instruments sich mit diesem Symptom zu begnügen und auf überflüssige Bewegungen mit dem Instrument in der Bauchhöhle zu verzichten, die sehr viel schaden und doch die Diagnose nicht wesentlich fördern können.

Ob im Moment der Perforation das Überwinden eines Widerstandes zu fühlen war, ist nicht in allen Fällen gesagt. In Fall 28 ist er als deutlich, im Fall 1 als ganz schwach bezeichnet. Dagegen betonen Walzberg (Fall 16), Gläser (29), Schulze-Vellinghausen (44, 45), Segond (35, Pozzi (40), v. Erlach (58), sogar bei Perforation mit der Schulzeschen Löffelzange, daß keinerlei Widerstand zu fühlen war. Courant (25) und Prochownik (30, Rosenfeld) perforierten, obwohl sie beide zunächst mit der Sonde perforiert und die Diagnose richtig gestellt hatten, trotzdem mit der sehr vorsichtig eingeführten Curette auch wieder. Es ist also anzunehmen, daß sie ebenfalls keinen Widerstand gefunden haben. Auch in meinem Fall war ein Widerstand nicht zu fühlen, auch nicht als ich, nach dem Erkennen der Perforation, die zurückgezogene, 6 *mm* breite Curette mit größter Vorsicht noch einmal in den Uterus und durch die Wand hindurchführte. Dagegen wurde eine 12 *mm* breite Curette sofort durch den Widerstand des Fundus zurückgehalten.

In einem Fall (10), in dem Lannelongue mit einer Spülcurette ausschabte, diagnostizierte er die Perforation sofort beim Entstehen auf Grund des Zurückbleibens der Spülflüssigkeit. Dieses Zurückbleiben muß aber eigentlich nicht mehr als ein Symptom, sondern als ein sehr bedenklicher Folgezustand der Perforation betrachtet werden und kommt glücklicherweise für die meisten derartigen Verletzungen, wenn sie rechtzeitig erkannt werden, nicht in Frage.

Dieser Folgezustand ermöglichte für zwei von den nach elektrischer Behandlung entstandenen Perforationen, deren Entstehung sowohl nach der Art als nach dem Zeitpunkt nicht aufgeklärt ist und deren Diagnostik deshalb bisher außer Betracht blieb, die nachträgliche Erkennung noch rechtzeitig, um eine entsprechende Therapie mit Erfolg einzuleiten. Für solche Fälle und ebenso für Metroperitonealfisteln ist also das Zurückbleiben der Spülflüssigkeit ein wichtiges Sekundärsymptom.

Von derartigen seltenen Ereignissen abgesehen, finden wir, daß unter 45 sicher werwendbaren Fällen 33mal (wahrscheinlich sogar unter 52 Fällen 40mal) die Diagnose wesentlich auf Grund des tiefen Eindringens des Instruments richtig gestellt worden ist, oder umgekehrt, daß in diesen 33 (oder 40) Fällen, die allein oder vorwiegend auf Grund dieses Symptoms gestellte Diagnose durch die Inspektion bestätigt worden ist.

Diesen zahlreichen Fällen stehen die beiden Fälle Kossmanns und ein Fall Craigs gegenüber, in denen trotz dieses Symptoms keine Perforation vorlag.

Wollte man die beiden Pseudoperforationen von Frédéricq und Beaussenat in Betracht ziehen, die beim abortierenden resp. puerperalseptischen Uterus beobachtet wurden, so

ließen sich dafür den 33 (resp. 40) diagnostizierten echten Perforationen des nicht schwangeren Uterus eine noch erheblich größere Zahl solcher Verletzungen des schwangeren oder puerperalen Uterus hinzufügen, so daß auch in diesen Fällen die Diagnose in der überwältigenden Mehrzahl richtiggestellt wurde, obwohl sie hier natürlich durch die in viel größerer Breite schwankenden Erschlaffungs- und Kontraktionszustände schwieriger ist.

Dazu kommen — wie gesagt — 7 durch Sektion oder Operation testierte Fälle von Tubensondierung. In 4 von diesen Fällen bestanden Myome, davon 2 große (Fall 5 und 9) und 2 mit einem Ovarialkystom kombiniert (4, 8), in 2 weiteren Fällen Ovarialtumoren (6, 10), deren einer kindskopfgroß (Thorn 6), mit Steilstellung und gradliniger Ausspannung der sondierten linken Tube kombiniert war. Die Sonde war zwar in diese Tube eingedrungen, hatte hier aber, 6 *cm* vom Ostium uterinum entfernt, perforiert. Das Ostium uterinum war in 2 Fällen trichterförmig erweitert (4, 9), in 3 Fällen ist Steilstellung und Spannung der sondierten Tube notiert (4, 5, 10). Fall 7 (Ahlfeld) ist der einzige, in dem bei annähernd normalem Genitalbefund die Sonde in die Tube eindrang, ohne daß sich ein besonderer Grund dafür findet. In diesem Falle wurde die Sonde ohne Widerstand bis zur Tiefe von 10 *cm* eingeführt. Ob bei noch tieferem Einführen die Tubenwand nicht doch fühlbaren Widerstand entgegengesetzt hätte, muß dahingestellt bleiben. Der 2. Fall Thorns zeigt jedenfalls, daß selbst bei dem ausnahmsweisen Eindringen der Sonde in die Tube die Gefahr einer Verletzung erst recht bestehen bleibt.

Das Zahlenverhältnis der sichergestellten Fälle von Perforation und Pseudoperforation spricht schon allein dafür, daß beim plötzlichen „Versinken“ eines Instruments im nicht schwangeren und nicht puerperalen Uterus mit viel größerer Wahrscheinlichkeit eine Perforation anzunehmen ist. Immerhin kann das Vorkommen sowohl von „Paralysen“ wie von Tubensondierung nicht in Abrede gestellt werden und es wird sicher Fälle geben, in denen die Differentialdiagnose schwer zu stellen ist. Um diese zu erleichtern sind verschiedene spezielle Symptome angegeben worden. Keines davon ist aber für sich allein beweisend, ausgenommen das rein theoretisch von de Bovis angegebene. An Tubensondierung wird zunächst nur zu denken sein, wenn das verwendete Instrument eine Sonde ist, denn das Eindringen einer Curette in die Tube wurde noch nie beobachtet. Sodann liegt die Annahme der Tubensondierung näher, wenn größere Tumoren, speziell Myome, bestehen oder eine Verlagerung und Streckung der Tube nach oben palpatorisch nachgewiesen werden kann. Im gleichen Sinne wäre es zu verwerten, wenn die Sonde (wie bei Machenhauer) wiederholt spontan in derselben Richtung eindringt und sich dabei von selbst in stets gleicher Weise dreht. Ein solches Verhalten ist nur beim Vordringen in einem Kanal, nicht in der freien Bauchhöhle erklärlich. Doch ist dies Symptom sehr subtil und erfordert, um einigermaßen beweiskräftig zu sein, ein wiederholtes Einführen. Das ist aber bei Verdacht auf Perforation wieder nur zulässig, wenn — wie bei Machenhauer — alles zur Köliotomie vorbereitet ist.

Für die Paralyse hat de Bovis theoretisch ein sicher beweisendes Symptom angegeben, das aber praktisch bisher nie beobachtet worden ist. Wenn man nämlich das in den Uterus eingeführte und plötzlich in die Tiefe gedrungene Instrument ruhig an Ort und Stelle ließe, müßte im Falle der Paralyse der sich wieder kontrahierende Uterus das Instrument langsam heraustreiben. Dabei würde der im Moment der Paralyse eventuell vorhandene Blutabgang aufhören. Wenn dieses Symptom nicht einmal wirklich in die Erscheinung tritt, dürfte eine sichere Diagnose der „Paralyse“ ohne Inspektion überhaupt nicht möglich sein. Dabei darf man natürlich eine mäßige Erschlaffung und Ausdehnung des Uterus, bei der die Sondenlänge um 1 oder 2 *cm* zunimmt, nicht mit der hochgradigen Erschlaffung, wie sie Kossmann beschreibt und wie sie allein mit

der Perforation verwechselt werden könnte, in einen Topf werfen. Kossmann selbst unterscheidet zwischen diesen beiden Vorgängen scharf. Praktisch bleibt es demnach bis auf weiteres das einzig richtige, mit der einzigen Ausnahme des de Bovisschen Symptoms, das tiefe Eindringen einer in den (nicht schwangeren und nicht puerperalen) Uterus eingeführten Instruments weit über dessen durch Untersuchung oder Messung vorher festgestellte Länge hinaus als Beweis eine Perforation zu betrachten, einerlei ob im Moment des Durchdringens und des Zurückziehens ein Widerstand gefühlt wird oder nicht. Das Festhalten an diesem Grundsatz ist deshalb von so großer Wichtigkeit, weil — wie wir sehen werden — die frühzeitige Diagnose ausschlaggebend für den Verlauf der Verletzung ist.

Folgen und Heilungsverlauf der Perforation.

Der Krankheitsverlauf nach sicherer Uterusperforation und die Folgen der Verletzung interessieren vornehmlich von zwei Gesichtspunkten aus. Erstens wäre es denkbar, daß dieser Verlauf Besonderheiten zeigte, die es ermöglichten, in zweifelhaften Fällen Rückschlüsse auf das Vorliegen oder Fehlen einer Perforation zu stellen, zweitens muß der Verlauf für die Wahl der Therapie maßgebend sein.

Der Ablauf der Erkrankung ist in den 3 Fällen (63—65), in denen nachträglich die Einheilung des Netzes festgestellt wurde, nicht ausreichend bekannt. Sie sind nur wegen dieser Folge mit in die Aufstellung aufgenommen und ich komme später noch auf sie zurück. Die übrigen 62 Fälle können nach der Stellung der Diagnose in drei Gruppen geteilt werden. Die erste umfaßt die Fälle mit sicher oder wahrscheinlich sofort gestellter Diagnose, die zweite diejenigen, in denen die Diagnose bestimmt nicht rechtzeitig gestellt wurde, die dritte die Fälle, für welche teils mangels genauer Angaben, teils weil die Perforation nach elektrischer Behandlung, also möglicherweise sekundär entstand, nicht sicher festzustellen ist, ob sie rechtzeitig diagnostiziert waren, in denen aber die Wahrscheinlichkeit gegen die rechtzeitige Diagnosenstellung spricht.

Zur ersten Gruppe gehören erstens die 34 Fälle mit sicher sofort gestellter Diagnose (s. pag. 289), zweitens die 7 Fälle, in denen die Diagnose wahrscheinlich gleichgestellt war (s. pag. 289), drei Zerreißungen mit dem Dilatator (33, 48, 55), die ebenfalls rechtzeitig erkannt wurden und die Perforationen mit der Sondenzange (26, 53), welche gleich nach ihrer Entstehung bei der Operation sichtbar wurden, zusammen 46 Fälle. Unter diesen befindet sich kein Todesfall als Folge der Perforation und keine schwere Erkrankung.

33mal fand sich die Perforation als Nebenbefund, und zwar zweimal bei der Obduktion, nachdem der Tod infolge einer anderen Erkrankung (Pleuritis tuberculosa 1, maligner Ovarialtumor 3) eingetreten war, 31mal bei einer der ursprünglichen Krankheit wegen unternommenen Operation (Fall 4, 5. 6, 12, 13, 14, 16, 17, 18, 19, 20, 21, 23, 25, 26, 27, 28, 30, 32, 33, 35, 40, 41, 42, 47, 50, 53, 58, 59, 61, 62). Diese Fälle verliefen fast alle normal. Nur in 2 Fällen ist zirkumskripte Peritonitis (23) resp. peritonitische Reizung (28) erwähnt. Im ersten Fall (Cerné) bestand bereits eine Adnexentzündung, im zweiten Fall (Jahreiss) war mit einer Sonde perforiert worden, die vor der Benutzung nicht gekocht worden war. In einem 3. Fall (Krecke 32) bei oberflächlichem Korpuskarzinom wurde eine einmalige Temperatursteigerung auf 39° festgestellt.

In 6 weiteren Fällen wurde, ohne daß besondere Symptome eingetreten waren, teils wegen der Perforation als solcher, teils wegen der dabei zutage getretenen abnormen Zerreißlichkeit des Uterus eine größere Operation vorgenommen, als des ursprünglichen Leidens wegen geplant war, und zwar im Falle 39 außer einer Prolaps-

operation Laparotomie mit Naht der Wunde und Vesicofixur, in den Fällen 10, 22, 29, 31, 44, die Totalexstirpation an Stelle einer Prolaps- oder Adnexoperation. In 5 Fällen wurde an eine Ausschabung resp. Dilatation die Totalexstirpation angeschlossen, und zwar zweimal, weil die Perforation den bestehenden Verdacht auf Karzinom irrigerweise bestärkte (45, 46), zweimal (43, 48), ohne daß — nach den vorliegenden Angaben — eine eigentliche Indikation dafür vorlag, und in einem fünften Fall (8), in dem nicht zu ersehen ist, ob eine solche Indikation bestand oder nicht. Ebenso ist in dem Fall 55 nicht zu ersehen, ob für die gleich nach der Perforation vorgenommene Laparotomie eine Indikation vorhanden war. Im letzten Fall (52) wurde nach der Perforation laparotomiert und die Wunde genäht, weil übelriechender Ausfluß bestand.

In allen diesen Fällen war der Heilungsverlauf nach der Operation normal.

Für einen Teil davon mag der glatte Verlauf dem sofortigen Anschluß der Operation zu danken sein. Für viele andere trifft das aber sicher nicht zu, denn bei 15 Frauen erfolgte die Operation resp. (bei den 2 an ihrem Grundleiden verstorbenen) die Obduktion nicht am selben Tage wie die Perforation.

Vielmehr lagen dazwischen:

bei Fall 1	17 Tage	bei Fall 21	9 Monate
	resp. 11 Tage)	„ „ 25	1 Tag
„ „ 3	35 „	„ „ 28	4 Tage
„ „ 6	1 „	„ „ 30	1 Tag
„ „ 13	einige Wochen	„ „ 32	6 Tage
„ „ 14	2 „	„ „ 44	6 „
„ „ 16	mehrere Monate [1])	„ „ 45	3 „
„ „ 17	14 Tage		

und in dieser Beobachtungszeit war das Befinden, abgesehen von den leichten, oben erwähnten Störungen im Fall 28 und 32 durchaus normal. Ganz anders ist das Verhalten der zweiten Gruppe, den 12 Fällen, in denen die Verletzung nicht gleich erkannt wurde (2, 7, 9, 11, 24, 34, 37, 38, 49, 56, 57, 60, vgl. pag. 290). Unter diesen 12 Fällen befindet sich nur einer (Braun-Fernwald, 38), in welchem die Perforation während einer sechstägigen Beobachtung keinerlei Symptome machte und erst bei der aus anderen Gründen vorgenommenen Operation als Nebenbefund erkannt wurde. In den 11 anderen traten schwere Erscheinungen ein, welchen 7 der Verletzten erlagen, während die 4 anderen noch durch Operation geheilt werden konnten.

In 2 Fällen (7 und 49) kam es zu einer schweren Blutung, und zwar im Fall 7 (Winter), weil nach eingetretener Perforation weiter gekratzt worden war, so daß ein großer, blutender Riß in dem myomatösen Uterus entstand. Heilung durch supravaginale Amputation. Im Fall 49 (Jarmann), in dem ebenfalls die Diagnose erst auf Grund der inneren Blutung gestellt wurde, mußte eine spritzende Arterie unterbunden werden.

In 2 Fällen kam es durch schwere diagnostische Irrtümer zu Kollaps und peritonitischen Erscheinungen (24, 34). In beiden war irrtümlich Schwangerschaft angenommen und die Perforation übersehen worden. Beide wurden durch Laparotomie geheilt.

Zum Tode führte Peritonitis nach Perforation in 4 Fällen. In Fall 2 (Spiegelberg) wurde die Diagnose erst bei der Obduktien gestellt; da sich ein „kraterförmiges Loch“ vorfand, kann man annehmen, daß die Perforationsöffnung durch fortgesetztes Schaben vergrößert worden war. Überdies bestand ein Karzinom und die Beobachtung stammt aus der vorantiseptischen Zeit.

[1]) Seit der ersten von drei in längeren Abständen aufeinanderfolgenden Perforationen.

Der zweite Todesfall an Peritonitis war durch dreifache Perforation eines ein gangränöses Myom enthaltenden Uterus verursacht (60, Boldt). Der Arzt hatte eine Tubensondierung angenommen. Die am 4. Tage vorgenommene Totalexstirpation vermochte die Patientin nicht mehr zu retten.

Im Fall 11 (Lannelongue) war die Peritonitis mit Sublimatvergiftung kombiniert. Lannelongue hatte nach Perforation mit der Spülcurette bemerkt, daß die Spülflüssigkeit nicht vollständig zurückkam, aber da „die Curette anscheinend nicht über die Uterushöhle vorgedrungen war“, nicht die entsprechende Folgerung gezogen, sondern einfach die geplante Prolapsoperation beendet. Die gleiche Komplikation bestand in dem Falle von Bacon-Herzog (57), in dem nach der Perforation mit Sublimat gespült worden war.

Auf Sublimatintoxikation allein ist der 5. und 6. Todesfall zurückzuführen; bei der einen Patientin (Gebhard, 9) war die nicht rechtzeitig erkannte Perforation mit dem Uteruskatheter bei Sublimatspülung wegen gonorrhoischer Endometritis erfolgt, und bei der von Pilliet (56) obduzierten war eine Sublimatspülung im Anschluß an eine unerkannte Curettenperforation vorgenommen worden.

Der 7. Todesfall endlich (Landau, gerichtliches Obergutachten, 37) erfolgte dadurch, daß der operierende Arzt den Uterus mit der Rouxschen Curette an zwei Stellen zerriß und, ohne die Verletzung zu erkennen, mit Karbolsäure spülte. Tod im Kollaps mit innerer Blutung. Diese wirkte also mit der Karbolintoxikation zusammen.

An diese 12 Fälle schließen sich als dritte Gruppe 4 weitere (15, 36, 51, 54), bei denen die Perforation, wenn auch nicht sicher, so doch höchstwahrscheinlich ebenfalls nicht rechtzeitig erkannt worden war. In dem einen davon (51) setzte nach intrauteriner elektrischer Behandlung eine Sepsis ein, welche trotz der von Jarman ausgeführten Laparotomie und Drainage zum Tode führte. Für einen zweiten Fall, in dem es nach Perforation durch Dilatator zum Exitus kam (54), kann ich über Verlauf, Todesursache etc. nichts eruieren. Diese 2 Fälle sind die einzigen, mir bekannten, aus der Zeit der Asepsis und Antisepsis, in dem nach Perforation eines nicht schwangeren und nicht puerperalen Uterus ohne Spülung und ohne nachweisbar grobe Fehler des operierenden Arztes schwere Folgen eintraten. Für beide aber stehen mir nur ganz lückenhafte Angaben über die Entstehung und den Verlauf der Verletzung zur Verfügung, so daß hier Fehler (resp. fortgesetzte Eingriffe nach geschehener Perforation) nicht auszuschließen sind.

Bei zwei anderen, elektrisch behandelten Frauen (15, 36) wurde ohne Kenntnis der Perforation der Uterus ausgespült und dabei das Zurückbleiben der Spülflüssigkeit konstatiert. Sie wurden durch sofortige Hysterektomie geheilt.

Sehen wir von allen Fällen ab, in denen die Frage der Diagnosenstellung zweifelhaft ist, so können wir die sicher diagnostizierten und die sicher nicht diagnostizierten in folgender Gruppierung gegenüberstellen.

	Gesamtzahl	Davon war die Perforation:			
		symptomloser Nebenbefund	ohne ernste Symptome Ursache einer größeren Operation	Ursache schwerer Erscheinungen	
				mit Ausgang in Heilung	mit tödlichem Ausgang
Rechtzeitig erkannte Fälle . . .	39	26	11	2 (?) [1]	0
Nicht rechtzeitig erkannte Fälle	12	1	0	4	7

[1]) Fall 8 und 55, in denen mangels ausreichender Angaben, das Vorhandensein ernster Symptome nicht auszuschließen ist.

Diese Gegenüberstellung beweist die ausschlaggebende Bedeutung der rechtzeitigen Diagnose der Perforation für den Verlauf und die Prognose so eklatant, daß jeder Kommentar überflüssig ist.

Es scheint mir wichtig genug, um es besonders hervorzuheben, daß unter den durch Inspektion testierten, rechtzeitig erkannten Perforationen des nicht schwangeren und nicht puerperalen Uterus ohne Spülung bei aseptischem Vorgehen keine einzige sichere Beobachtung schwerer Erscheinungen vorliegt. Von den dabei in Frage kommenden Gefahren ist die der Peritonitis bereits besprochen. Die innere Blutung, die in zweiter Linie in Betracht kommt, war in der Mehrzahl der Fälle sehr gering. Nur bei einer Curettenperforation (Dudley, 52) fand sich eine erhebliche Menge Blut in der Bauchhöhle, doch auch nicht soviel, daß vor der Operation die Erscheinungen der Anämie beobachtet worden wären.

Eine zweite stärkere Blutung (33, Brothers) war durch Zerreißung mit Dilatator entstanden. In den anderen Fällen wird — soweit überhaupt etwas darüber gesagt ist — die Geringfügigkeit der Verletzung und der Blutung betont. In den Fällen, in denen die Inspektion einen oder mehrere Tage nach der Verletzung erfolgte, war die Öffnung mehrfach schon verklebt oder verheilt (6, 17, 28, 38). Daß die Ränder der Wunde fest aneinander lagen, wird nicht nur bei Sondenverletzungen (16), sondern auch bei solchen mit der Curette erwähnt (25, 30, 42), im Fall 50, ebenfalls Curette, wird die Kleinheit der Wunde hervorgehoben. Ebenso schlossen in meinem Fall die Wundränder fest aneinander und war die Blutung ganz gering.

Die Analyse der durch Inspektion sichergestellten Fälle bestätigt also — wenigstens zunächst für den nicht puerperalen Uterus[1]) — vollkommen die Annahme, welche vorwiegend aus der klinischen Beobachtung nicht durch Inspektion testierter Fälle abgeleitet war, daß nämlich bei sofortiger Erkennung und richtiger Behandlung der Perforation die reaktionslose Heilung die Regel bildet, und man wird keinesfalls, wie Kossmann es anscheinend will, in einem zweifelhaften Fall die glatte Heilung als Beweis gegen die Perforation anführen können.

Andrerseits zeigen die Fälle, in denen die Verletzung nicht erkannt wurde, in erschreckender Weise die Gefahren, welche fortgesetzte Eingriffe in dem verletzten Organ bedingen: ausgedehnte Zerreißungen der Wand mit starker Blutung, Darmverletzungen, Sepsis, Intoxikation. Besonders groß ist die Gefahr von **Uterusspülungen nach der Perforation.** In neun der mitgeteilten Fälle wurde eine solche bei oder nach der Verletzung vorgenommen. Nur in einem dieser Fälle unternahm der Operateur (Siefart, 62) die Spülung, trotzdem er die Diagnose der Perforation gestellt hatte, im Vertrauen auf die Kleinheit der Verletzung und gesichert durch die Möglichkeit bei der angeschlossenen Kolpotomie, etwa in die Bauchhöhle eingedrungene Spülflüssigkeit sofort zu entfernen; die Erfahrung dabei beweist, daß die Kontraktion der Uterusmuskulatur imstande ist, eine kleine Öffnung wasserdicht zu schließen, daß also in zweifelhaften Fällen auch vollständiger Rückfluß der Spülflüssigkeit und ungestörter Verlauf trotz der Spülung das Vorliegen einer kleinen Perforation nicht ausschließen würden. Bei drei Kranken wurde die Diagnose im Augenblick der Spülung gestellt (10, 15, 36), und sie wurden durch sofortige Hysterektomie gerettet. **Die anderen 5 Frauen aber, bei denen auch nach der Spülung die Verletzung nicht erkannt war, starben alle an Intoxikation und Sepsis** (9, 11, 37, 56, 57[2]).

---

[1]) Beim abortierenden und noch mehr beim puerperal-septischen Uterus ist die Prognose entschieden ungünstiger. Vgl. unter anderem Mauclaire, Annales de gyn., 1903.

[2]) Siehe besonders Flandrun: De la perforation de l'utérus par la sonde au cours de l'irrigatione continue. Thèse de Paris 1895.

Unter 13 Fällen mit schweren Symptomen hatten zweimal Spülinstrumente perforiert (je einmal Katheter und Spülcurette); einmal war mit elastischer Bougie, einmal mit Dilatatoren nach Wilson und Ellinger, einmal mit Sonde und Goodell nacheinander, einmal bei elektrischer Behandlung perforiert worden und in den übrigen 7 Fällen mit der Curette. Es sind also unter den schweren Fällen mehr Curetten als Sondenperforationen, während unter der Gesamtzahl die Sondenperforationen etwas zahlreicher sind. Ich halte es aber nicht für zulässig, daraus zu schließen, daß eine Curettenperforation an sich nennenswert gefährlicher wäre als eine Sondenperforation. Ein kleiner Unterschied in diesem Sinne mag ja auch bestehen, wesentlich vergrößert aber wird er erst durch die Gefahr des Weiterschabens in einem bereits perforierten Uterus — die natürlich nur nach einer Curettenperforation möglich ist — und die des Spülens in einem solchen Fall — welche auch nach einer Ausschabung viel näher liegt als nach einer Sondierung.

Obwohl nun in den mitgeteilten Fällen der Verlauf bei rechtzeitiger Diagnose durchaus günstig war, so darf daraus doch nicht etwa geschlossen werden, daß die instrumentelle Durchbohrung des Uterus eine harmlose Kleinigkeit wäre; denn die Gefahren der inneren Blutung und der Peritonitis bleiben trotz der angeführten glücklichen Erfahrungen bestehen, die letztere besonders, wenn der Uterus infektiöses Sekret enthält. Vorwiegend ist das allerdings bei puerperalen Prozessen der Fall. Dazu kommen noch zwei weitere Gefahren, die bisher erst flüchtig erwähnt wurden, die Entstehung einer Metroperitonealfistel und das Einheilen von Netz in die Uteruswunde. Eine Metroperitonealfistel, d. h. dauerndes Offenbleiben der Uteruswunde fand Lawson Tait (21) noch 9 Monate nach der Verletzung. Dubar (14) sah 15 Tage danach noch eine Öffnung von 3 *mm* Durchmesser mit narbigem Rand. In den Fällen von Batuaud und Baudron (15, 36) ist nicht zu entscheiden, ob ein dauernd offenes oder nur ein temporäres Loch in der Uteruswand vorlag. Aber gerade diese beiden Fälle illustrieren die große Gefahr, die eine Metroperitonealfistel mit sich bringt.

Auch der vorsichtigste und gewandteste Operateur könnte, wenn ihm von der früher eingetretenen Perforation nichts bekannt ist, bei einem späteren Eingriff in einen solchen Uterus die Fistel wie Batuaud und Baudron voraussichtlich erst bei der Spülung erkennen und wäre dann wie diese zum sofortigen Eingreifen gezwungen. Mit Rücksicht auf das Vorkommen dieser Fisteln ist natürlich ganz besondere Vorsicht bei intrauterinen Eingriffen nötig, die mit Kenntnis einer früheren Perforation ausgeführt werden.

Als letzte mögliche Folge der Perforation ist noch das Einheilen von Netz in den Uterus zu erwähnen. Drei Beispiele dieser seltenen Komplikation, die Fälle 63—65, sind in die Aufstellung mit aufgenommen. Wie Fall 63 und 64 zeigen, kann dieser Zustand so starke Beschwerden verursachen, daß die Hysterektomie dadurch nötig wird. Es läßt sich zwar nicht feststellen, ob in diesen 3 Fällen die Perforation bei ihrem Entstehen erkannt wurde oder nicht, aber sicher kann das Netz viel leichter in die Perforationswunde gelangen, wenn in einem bereits durchbohrten Uterus weitergeschabt wird, so daß auch zur Vermeidung dieser Komplikation die rechtzeitige Diagnose von größter Wichtigkeit ist.

Therapie.

Aus den vorstehend erörterten Folgen der Perforation ergibt sich eine Konsequenz mit zwingender Notwendigkeit.

Bei dem erheblichen Überwiegen der Anzahl sicherer Perforationen, welche lediglich auf Grund des Versinkens der Curette richtig diagnostiziert wurden, über die der

Pseudoperforationen, bei dem durchwegs günstigen Verlauf der Verletzungen unter richtiger Behandlung und den verhängnisvollen Folgen von fortgesetzten Eingriffen in einen schon durchbohrten Uterus, muß — abgesehen von den seltenen auf pag. 291 angeführten Ausnahmefällen — jedesmal, wenn bei einem Eingriff in einem nicht graviden und nicht puerperalen Uterus das Instrument wesentlich tiefer eindringt, als der vorher festgestellten Länge des Uterus entspricht, nicht nur — wie ausgeführt — eine Perforation diagnostiziert, sondern auch sofort der angefangene intrauterine Eingriff abgebrochen werden.

Es liegt zwar eine Beobachtung (13) vor, in welcher ohne Schaden für die Kranke nach der Perforation doch die Ausschabung vorsichtig zu Ende geführt und nur die Spülung unterlassen wurde und dazu noch die schon besprochene (62), in welcher sogar nach der Ausschabung auch noch gespült wurde; jeder weitere Eingriff nach einer Perforation ist aber deshalb gefährlich und bis auf seltene Ausnahmen unzulässig, weil sich aus anderen Beobachtungen ergibt, daß ein infolge abnormer Zerreißlichkeit einmal perforierter Uterus aus demselben Grunde überaus leicht auch an anderer Stelle wiederholt durchbohrt werden kann (29, 39, 44, 45).

Der Schaden, der aus dem Abbrechen des Eingriffes, speziell des Curettements, der Patientin erwachsen kann, ist, so dringend dieser Eingriff indiziert sein mag, verschwindend gegenüber den Gefahren, die seine Fortführung und besonders das Anschließen einer Ausspülung oder Einspritzung heraufbeschwören müßte. Das weitere Handeln wird verschieden sein, je nachdem der intrauterine Eingriff für sich allein oder nur als Vorbereitung für eine andere Operation geplant war.

Im ersteren Falle wird wohl die konservative Behandlung, d. h. Bettruhe, eventuell mit Eisblase und Opium die Regel bleiben. Zu diesem Verfahren berechtigen zunächst die günstigen Erfahrungen in denjenigen unter den mitgeteilten Fällen, in denen abgewartet wurde. Es sind dies zwar nur 15 Beobachtungen und diese Zahl erscheint vielleicht für die Begründung dieser Anschauung sehr klein zu sein, aber sie ist durch das Prinzip meiner Zusammenstellung, nur die durch Inspektion verifizierten Fälle zu berücksichtigen, naturgemäß sehr beschränkt. Nachdem es mir jedoch bewiesen zu sein scheint, daß auch von den ohne Kontrolle durch Autopsie als Perforation mitgeteilten Fällen die große Mehrzahl richtig als solche bezeichnet war, kann auch auf den günstigen Verlauf solcher Fälle, wie sie durch die verschiedensten Beobachter von Höning und Rabl-Rückhard-Lehmus an bis zu van Tussenbroek und anderen neuesten Autoren in großer Zahl berichtet worden sind, zugunsten des konservativen Verfahrens hingewiesen werden. Ferner spricht dafür die auch in den sofort operierten Fällen beobachtete Kleinheit der Wunde und ihre Tendenz, sich sofort zu schließen.

Verschiedene Operateure empfehlen allerdings prinzipiell eine sofortige Operation, besonders mehrere Amerikaner und von französischen Autoren Mauclaire. Mauclaire berücksichtigt aber bei seiner Empfehlung der Laparotomie für alle Perforationsfälle nicht, daß die schweren Erscheinungen, auf deren Beobachtung er seine Empfehlung basiert, sämtlich den schwangeren oder puerperalen Uterus, zum Teil sogar Uteri mit puerperal-septischer Endometritis betreffen. Die Erfahrungen in solchen Fällen kann man nicht verallgemeinern und auf den nicht schwangeren und nicht infizierten Uterus übertragen. Der aktiven Behandlung neigt auch Küstner unter Bezugnahme auf die von ihm beobachteten Netzverwachsungen zu, ohne sie aber unbedingt zu empfehlen. Die meisten Operateure werden sie wohl nur in Ausnahmefällen für indiziert halten, z. B. wenn die Zerreißlichkeit des Uterus den schon bestehenden

Verdacht auf Korpuskarzinom bestärkt (Küstner) oder wenn diese Zerreißlichkeit es unmöglich macht, lebensgefährliche Blutungen anders als durch Totalexstirpation zu bekämpfen, oder auch wenn der Uterusinhalt infektiös ist resp. zu sein scheint. Doch sind dies außergewöhnliche Fälle, die individuell beurteilt werden müssen.

Eine weitere — glücklicherweise seltene — Ausnahme bilden Perforationen durch Spülinstrumente. Ist mit einem solchen perforiert und infolgedessen Spülflüssigkeit in die Bauchhöhle gelangt, so muß unbedingt sofort eingegriffen werden (vgl. pag. 295). Ebenso nötig ist die sofortige Operation natürlich, wenn eine bestehende Metroperitonealfistel erst bei einer späteren Uterusspülung an dem Zurückbleiben der Spülflüssigkeit erkannt wird oder wenn das gleiche Symptom die frische Perforation beweist, nachdem sie im Moment des Entstehens übersehen wurde, welch letzterer Fall allerdings nie vorkommen sollte. Fraglich ist es nur, ob in jedem solchen Fall die Totalexstirpation vorgenommen werden soll — wie in den drei glücklich verlaufenen Fällen 10, 15, 36 — oder ob die Kolpoköliotomia posterior mit Versorgung der Wunde und Drainage des Douglas ausreicht.[1])

Unter den mir bekannten Fällen ist die letztgenannte Behandlungsweise nach Eintritt von Spülflüssigkeit in die Bauchhöhle nicht versucht worden, sie erscheint aber als der kleinere Eingriff gerechtfertigt, zumal bei jüngeren Frauen, deren Uterus man nicht ohne Not opfern wird. Daß für alle in Frage kommenden Operationen, wenn keine besonders schwierigen Verhältnisse vorliegen, der vaginale Weg ohne weiteres der gegebene ist und auch fast ausschließlich gewählt wurde, würde ich gar nicht erwähnen, wenn nicht Mauclaire bei seiner prinzipiellen Empfehlung der Operation für jede Perforation die abdominale Laparotomie anraten würde.

War der Eingriff, bei dem die Perforation erfolgte, nur der erste Akt einer größeren Operation, dann kommt es darauf an, ob bei dieser Operation die Bauchhöhle eröffnet werden sollte oder nicht. Einen größeren Eingriff ohne Eröffnung der Bauchhöhle (als solche kann entweder eine Operation an der Portio oder eine Scheidenplastik oder ein Alexander in Frage kommen), an eine Perforation anzuschließen, wäre entschieden nicht richtig. Denn erstens würde bei einer solchen Operation der Uterus gezerrt und der Spontanschluß der Wunde behindert, zweitens würde man sich dadurch die Eröffnung der Bauchhöhle für den Fall, daß sie doch noch notwendig werden sollte, zwecklos erschweren. (Daß der einzige Fall, in dem eine Scheidenplastik gleich nach der Perforation vorgenommen wurde (11) tödlich endete, ist ein Zufall, insofern gerade in diesem Fall mit der Spülcurette unerkannt perforiert worden war.) Man wird sich in solchem Falle entscheiden müssen, ob man die geplante Operation verschieben oder so modifizieren will, daß die Bauchhöhle dabei geöffnet wird. Zu einer solchen Modifikation wird man sich dann natürlich viel leichter entschließen als zur Köliotomie in einem Falle, in dem nur ein Curettement geplant war, denn erstens wird durch diese Modifikation die Gefahr der Operation ganz unwesentlich gesteigert und diese Steigerung wird durch die Versorgung der Perforationswunde kompensiert, zweitens sind alle zur Eröffnung der Bauchhöhle nötigen Vorbereitungen (Desinfektien, Bereitstellung von Assistenz- und Verbandstoffen) bereits getroffen.

Sollte schon nach dem ursprünglichen Operationsplan die Bauchhöhle eröffnet werden, so wird man selbstverständlich die geplante Köliotomie nach der Perforation

[1]) Einen weiteren Fall von Heilung durch sofortige Laparotomie nach Perforation bei Sublimatspülung teilt Edebohls mit, er ist in die Aufstellung nicht mit aufgenommen, weil aus dem Referat nicht ersichtlich ist, ob Schwangerschaft vorlag oder nicht.

erst recht vornehmen und bei der Ausführung in einzelnen Fällen die Verletzung berücksichtigen resp. sie versorgen. Die Erfahrung zeigt, daß derartige Eingriffe — wie es a priori mit Sicherheit zu erwarten war — genau so verlaufen, wie wenn sie ohne vorhergehende Perforation ausgeführt worden wären.

Damit sind die Schlußfolgerungen, welche sich aus den mitgeteilten Fällen ableiten lassen, erschöpft. Wenn ich mir auch bewußt bin, damit nichts wesentlich Neues gebracht zu haben, so glaube ich doch, daß es keine verlorene Mühe ist, sich etwas länger und ausführlicher mit dieser Komplikation zu beschäftigen, welche bei jedem der intrauterinen Eingriffe, die täglich von Tausenden von Ärzten ausgeführt werden, vorkommen kann. Das Wichtigste, was die zahlreichen Beobachtungen gemeinsam ergeben, bleibt: Kein Arzt ist sicher davor, den Uterus einmal zu perforieren; aber jede Perforation muß erkannt werden. Das Übersehen einer solchen oder ihre irrige Deutung als Pseudoperforation ist ein schwerer, oft verhängnisvoller Fehler. Diesen wird jeder um so leichter vermeiden, je mehr er sich die Gefahr der Perforation bei jedem intrauterinen Eingriff gewärtig hält.

Literatur.

Ahlfeld: Zentralbl. f. Gyn., 1902, pag. 1072. — F. T. Andrews Amer. journ. of obstetr., 1905, Bd. LI, pag 124. — Baron and Herzog: Ibidem., Bd. XL, pag. 753, zit. nach Frommels Jahresber., 1899, pag. 953. — Baudron: Zit. nach Lenoir. — Baussenat: Zitiert nach Georghiu. — Batuaud: Revue médico-chir. des maladies des femmes. 25. Dez. 1894, zit. nach Rebreyand, pag. 140. — Bischof: Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1872, Bd. II, pag. 420. — Boldt: Amer. journ. of obst. etc., 1903, Bd. XLVII, pag. 357. — De Bovis: La semaine médicale, 1906, Nr. 22, pag. 253. — Braun-Fernwald: Wiener klin. Rundschau, 1900, Nr. 17—20. — Brothers: American journ. of obstetr., 1898, pag. 446, zit. nach Frommels Jahresber., 1898, pag. 969. — Cerné: Soc. méd. de Rouen, 9. Juli 1894, siehe Dumont. — Colle: Des perforations traumatiques de l'utérus. Thèse de Lille, 1892, zitiert nach Flandrin. — Courant: Zentralbl f. Gyn., 1897, Nr. 48; pag. 1411. — Craig: The New York med. journ., 19. März 1904, zit. nach Rebreyand, pag. 195. — Dubar: Bull. méd. du nord. 27 oct. 93, zit. nach Rebreyand, pag. 195. — Dudley: Amer. journ. of obstetr., 1905, Bd. LII, pag. 124. — Dumont: Arch. de tocol. et degin., 1895, Bd. XXII, pag. 173. — Elischer: Deutsche med. Wochenschr., 1876, Nr. 15, pag. 169. — v. Erlach: Zentralbl. f. Gyn., 1899, pag. 206. — Flandrin: De la perforation de l'utérus par la sonde au cours de l'irrigation continue. Thèse de Paris 1895. — Floekinger: Zentralbl. f. Gyn., 1898, Nr. 34, pag. 928. — Fourcaud: Soc. d'anat. et de phys. norm. et pathol. de Bordeaux, zit. nach Rebreyand, pag. 141. — Fraenkel: Jahresbericht für 1897, Breslau 1897; Zentralblatt f. Gyn., 1898, pag. 540. — Frédéricq: Annali di ost. e gin., 1897, Nr. 7; zit. nach Braun-Fernwald. — Fritsch: Zit. nach Courant. — Gebhard: Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., 1891, Bd. XXI, pag. 251. — Gheorgiu: Contribution à l'étude clinique de l'infection puerpérale. Thèse, Paris 1900, pag. 43. — Glaeser: Zentralbl. f. Gyn., 1898, pag. 139. — Green: The Boston med. and surg. journal, 1892, Bd. CXXVI, pag. 90. Frommels Jahresbericht, 1892, pag. 425. — v. Guérard: Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., 1906, Bd. XXIII, pag. 161. — Derselbe: Zentralbl. f. Gyn., 1898, pag. 708. — Heidenhain: Zeitschrift für Medizinalbeamte, Bd. VIII, pag. 50, 155, 236. — W. Hind: Brit. med. journal, 1898, pag 1498. — Jahreiss: Zentralbl. f. Gyn., 1898, pag. 137. — Jakob: Gefahren der intrauterinen instrumentellen Behandlung. Inaug.-Diss., München 1905. — Jarmann: Amer. journ. of obst., 1905, Bd. LII, pag. 124. — Jayle: Siehe Rebreyand, pag. 152. — Kelly: Amer. journ. of obstetr., 1891, Bd. XXIV, pag, 42, zit. nach Frommels Jahresber., 1891, pag. 452. — Kentmann: Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., 1898, Bd. VIII, pag. 333. — Krecke: Ibidem, 1898, Bd. VIII, pag. 419. — Küstner: Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., 1903, Bd. XVIII, pag. 246. — Kossmann: Münchener med. Wochenschr., 1900, Nr. 12; pag. 394. — Derselbe: Allg. Gynaekologie.

1901, pag. 429. — Derselbe: Zentralbl. f. Gyn., 1904, pag. 1309; 1905 pag. 225, 1247, 1529. — Derselbe: Zeitschr. f. Medizinalbeamte, 1895, Bd. VIII, pag. 206, 238. — Landau: Ärztliche Sachverständigen-Zeitung, 1900, Nr. 18, pag. 363. — Lannelongue: Archives de toc. et de gin., 1892, Bd. XIX, pag. 395. — Lawson-Tait: The Lancet, 1895, Bd. II, pag. 326. — Lenoir: Perforations utérines dans les opérations pratiquées par la voie vaginale. Thèse, Paris 1898. — Maéhenhauer: Zentralbl. f. Gyn., 1902, pag. 527. — Mauclaire: Annales de ginécol., 1903, Bd. LIX. — Normant: Siehe Rebreyand, pag. 132. — Odebrecht: Zentralblatt f. Gyn., 1897, pag. 1442. — Picquet: Gazette des hôpitaux, 1906, pag. 753. — Pilliet: Bull. de la soc. anatom. de Paris, 1892, pag. 739. — Polak: Med. News, New York. Bd. LXXIV, pag. 535. — Pollak: Wiener klin. Wochenschr., 1903, Nr. 3. — Pothérat: Gazette des hôpitaux, 1906, pag. 753. — Pozzi: Siehe Rebreyand, pag. 131 u. 133. — Rabl-Rückhardt und Lehmus: Beiträge zur Geburtsh. u. Gyn., 1873, Bd. II, pag. 12. — Rebreyand: Les plaies perforantes de l'utérus. Thèse, Paris 1901. — van Riper: Medical News, 22. August 1896, Bd. II, pag. 205. — Rosenfeld: Zentralbl. f. Gyn., 1898, Nr. 11, pag. 278.— Schenk: Münchener med. Wochenschr., 1901, Nr. 22, pag. 888. — Schroeder: Handbuch d. Gynaekologie, II. Aufl., 1874, pag. 11; X. Aufl., 1890, pag. 18. — Schulze-Vellinghausen: Zentralbl. f. Gyn., 1902, Nr. 27, pag. 723. — Segond: Zit. nach Lenoir. — Spiegelberg: Archiv f. Gyn., 1874, Bd. VI, pag. 123. — Stumpf in v. Winkels Handbuch der Geburtsh., Bd. III, 3. Teil, pag. 453. — Thorn: Zentralbl. f. Gyn., 1904, pag. 1072. — van Tussenbroek: Zentralbl. f. Gyn., 1905, pag. 1054. — Van de Velde: Ibidem, 1898, pag. 1409. — Walzberg: Archiv f. klin. Chir., 1894, Bd. 47, pag. 48. — Wertheim: Zentralblatt f. Gyn., 1894, pag. 681. — Winter: Zeitschr. f. Gyn., 1891, Bd. XXI, pag. 209. — Zinke: Amer. journ. of obstetr., Bd. XXIX, pag. 518, zit. nach Frommels Jahresber., 1894, pag. 915.

Bücherbesprechungen.

G. Leopold: Beiträge zur Therapie beim engen Becken zur Rettung des kindlichen Lebens. Arbeiten aus der königl. Frauenklinik in Dresden dem XII. Kongresse der Deutschen Gesellschaft für Gynaekologie in Dresden 21.—22. Mai 1907 gewidmet.

In dem Vorworte faßt Leopold treffend den Inhalt der aus seiner Klinik stammenden nachfolgenden acht Arbeiten zusammen. Die an dem reichen Material der Dresdener Klinik gesammelten Erfahrungen werden bezüglich des Kongreßthemas „Indikation, Technik und Erfolge der beckenerweiternden Operationen" kritisch gesichtet und bringen wertvolle Ergebnisse nicht nur für den Gynaekologen vom Fach, sondern auch für den praktischen Geburtshelfer, immer unter grundsätzlicher Betonung, daß das Leben der Mutter noch höher steht als das Leben des Kindes.

Die erste Arbeit ist die von Kannegießer: Über subkutane Hebotomie auf Grund von weiteren 30 Fällen und über die „Dauererfolge" der Operation. Indikationsstellung sehr strenge, wo eine Geburt ohne Beckenerweiterung nur irgendwie möglich ist, mit allen Hilfsmitteln eine solche herbeizuführen versuchen. Die Hebotomie ist nach seinen Erfahrungen bei engen Becken mit einer Vera von $6^1/_2$—8 *cm* indiziert, dazu kommt aber, und darauf wird der allergrößte Wert gelegt, die möglichst genaue Beurteilung der Größe und Härte des kindlichen Kopfes. Um die Möglichkeit der Spontangeburt ohne Beckenerweiterung zu erproben, verfährt Kannegießer wie folgt: Wenn der vorangehende Kindesteil noch beweglich über dem Beckeneingange steht, dann vag. Kolpeuryse zur Erhaltung der Blase und Vorbereitung der Weichteile sowie Verstärkung der Wehen; also zu Anfang der Eröffnungsperiode für einige Stunden. Bei voller Erweiterung des Muttermundes Sprengung der Blase, Walchersche Hängelage und schonende Impressionsversuche. Ist dies alles vergebens oder gleich von vornherein eine ungünstige Kopfeinstellung vorhanden, dann ist der Zeitpunkt der Hebotomie gekommen. Nach der Hebotomie ist in fünf Fällen nach Kannegießers

Erfahrungen die Impression des Kopfes und die Extraktion mit der Zange die gegebene Entbindungsart. Bei Mehrgebärenden gibt die Anamnese über die frühen Geburten manchen Wink. Während der Schwangerschaft ist die künstliche Frühgeburt in Erwägung zu ziehen eventuell mit Hebotomie. Am Ende der Schwangerschaft ergibt bei Mehrgebärenden mit engem Becken von mehr als 7 ($7^1/_2$) *cm* Vera die Wendung und Extraktion noch recht gute Erfolge, daher auch hier bis zur vollen Erweiterung Versuch der vag. Kolpeuryse, dann nach genauer Abschätzung des Verhältnisses von Größe und Härte des Kopfes zur Beckenform folgt die endgültige Entscheidung, ob spontane Geburt abzuwarten oder Wendung und Extraktion oder Hebotomie. Bei schwer zu beurteilenden Fällen „prophylaktische" Anlegung der Säge. Nach Kannegießer bildet für die rein subkutane Hebotomie eine bereits bestehende Infektion des Genitalkanales nicht unbedingt eine Gegenanzeige. Ist die Mutter aber hochgradig gefährdet, dann bleibt immer noch die Perforation des lebenden Kindes als der für die Mutter kleinste Eingriff zu Recht bestehen. Bei allen Kreißenden, Erst- wie Mehrgebärenden gilt für Kannegießer die Regel: Zuerst den Widerstand der Weichteile, insbesondere des Muttermundes beseitigen, dann erst nötigenfalls den des knöchernen Beckens (bekanntlich ganz im Gegensatz zu vielen anderen Autoren), um nach der Beckenerweiterung in derselben Narkose sogleich die Entbindung auszuschließen. Die Art der Entbindung war von Kannegießer stets individualisierend gewählt worden — Zange oder Wendung und Extraktion u.a. —, je nach den individuellen Verhältnissen und den gegebenen Indikationen. Also 30 Kinder der II. Serie sind lebend entwickelt worden, ohne Rücksicht auf die Art der Entbindung. (Von der I. Serie starben 4, wovon nur eines die Hebotomie belastet.) Dagegen scheinen die mütterlichen Weichteile (sämtliche mit der Knochenwunde kommunizierend, Scheidenrisse bei Forzeps) durch die Zangenextraktion nach Hebotomie mehr zu leiden. Auffallend häufig fand sich nach Hebotomie Lochiometra, welche Kannegießer auf die lange, vollkommen ruhige Rückenlage und auf Kompression durch den Beckengurt zurückführt; meist genügt eine einmalige Uterusspülung mit sterilisiertem Wasser zur dauernden Beseitigung. Ebenfalls sehr häufig kommen Hämatome der großen Labie zur Beobachtung. Durch festes Zusammenlegen der Beine, einen Eisbeutel auf den Schamberg, nötigenfalls durch Tamponade der Scheide wurden dieselben bald zur Verkleinerung geführt. Fieberfrei verliefen 40% der Wochenbetten (gegen 33 der ersten Serie), gestorben ist keine Frau, sämtliche geheilt mit vollkommen hergestellter Gehfähigkeit entlassen. Was die Seite des Beckenschnittes anlangt, so wurde stets die gewählt, wo das breitere Hinterhaupt durchtreten sollte. War irgend ein Hindernis, so wurde ohne irgend welchen Schaden die andere Seite benutzt. Trotz der Einfachheit des Instrumentariums (ein Döderleinscher Haken, ein paar Giglische Drahtsägen, im übrigen nur das geburtshilfliche Besteck) spricht sich Kannegießer sehr reserviert über die Möglichkeit aus, daß dem Praktiker die Hebotomie empfohlen werde. Vor allem sei eine reichliche Assistenz (es werden 5 Personen aufgezählt) Voraussetzung, dann gute Asepsis (Hämatominfektion), technische Fertigkeit (komplizierte Scheidenknochenwunde eventuell auch Blasenverletzung), eine gute allgemeine geburtshilfliche Ausbildung, denn nicht die Technik ist das Schwierige bei der Hebotomie, sondern die Anzeigestellung. Im zweiten Teile der Arbeit wird über die Dauererfolge berichtet. Die Resultate sind, was Arbeit, Gehfähigkeit und subjektives Befinden anbelangt, als durchaus gute zu bezeichnen, nur fanden sich häufig Scheidensenkungen, was Kannegießer auf die Lösung der vorderen Scheidenwand von ihrer Befestigung am vorderen Beckengürtel zurückführt. Durch temporäre Scheidentamponade wird jetzt einer Gruppe dieser Komplikationen entgegenzutreten gesucht. Daß die Resultate der Nachfragen bezüglich der Kinder viel weniger günstig waren, fällt nicht der Operation, sondern den meist ungünstigen Ernährungsverhältnissen derselben zur Last. Was eine eventuell dauernde Beckenerweiterung anlangt, so ist eine solche aus den ungemein genauen Nachuntersuchungen mit Zuhilfenahme von Radiogrammen nicht als Regel zu betrachten und muß daher das Verhalten bei weiteren Geburten nach einmaliger Hebotomie durchaus individualisierend sich gestalten. Ausführliche Tabellen und Abbildungen sind der ausgezeichneten Arbeit beigegeben.

Lichtenstein: Über die Beeinflussung der Indikation zur Wendung und Extraktion durch die Hebotomie. Die Arbeit beschäftigt sich mit den Fragen, ob mit Rücksicht auf die Erhaltung des kindlichen Lebens die bisherige Indikationsstellung zu Operationen weiter zu Recht bestehen bleibe oder ob und wie durch die Indikationen

zur Hebotomie die anderen entbindenden Operationen beeinflußt werden. Der erste Teil der Frage kann unbedingt verneint werden, der zweite Teil muß durch eine genaue Untersuchung der Resultate bei geburtshilflichen Operationen beantwortet werden. Unter eingehendstem Studium von 154 Fällen von Wendung und Extraktion bei engen Becken, Sichtung nach den Beckenformen, kommt der Verfasser zu dem Schlusse: Die Indikationen zur Wendung werden durch die Hebotomie in ziemlich hohem Maße beschränkt, aber unbeschadet der Existenzberechtigung der Wendung und Extraktion. Das will sagen: Diejenigen geburtshilflichen Fälle, in denen man früher durch die Wendung und Extraktion ein lebendes Kind zu erzielen versuchte, trotz ausgesprochen starkem Mißverhältnis zwischen Kind und Becken, müssen in Zukunft durch die Hebotomie erledigt werden. Das sind aber die Fälle, die bisher der Wendung auch nur deshalb zufielen, weil man sie der hohen Zange vorzog und den Kaiserschnitt aufs äußerste, d. h. auf Einhaltung ganz strenger Vorbedingungen beschränken wollte. Nach Wegnahme dieser Fälle werden die Resultate der Wendung bedeutend bessere werden und sie selbst, in ihre Schranken zurückgewiesen, erscheint in um so besserem Lichte. Die Leistungsfähigkeit der Hebotomie ist anerkannt. Auch der praktische Arzt muß sie kennen lernen, um hierfür geeignete Fälle der Klinik zu überweisen oder — unter strenger Wahrung ganz bestimmter Vorbedingungen — selbst zu operieren. Ganz im allgemeinen aber bleibt die Wendung und Extraktion für den Praktiker nach wie vor eine äußerst segensreiche Operation.

Leopold und Konrád: Zur Berechtigungsfrage der künstlichen Frühgeburt: Auf Grund eines Materiales von 14.094 Geburten, unter denen sich 84 künstliche Frühgeburten befanden, die wegen Beckenenge eingeleitet wurden unter Vergleichung mit den an der Klinik ausgeführten 230 Kaiserschnitten und zirka 50 Hebotomien, kommen die Verfasser zu folgendem Ergebnisse: 1. Obgleich das Feld der künstlichen Frühgeburt in der Zukunft hauptsächlich durch die Hebotomie etwas begrenzt wird, so ist sie doch namentlich für den praktischen Geburtshelfer eine voll und ganz berechtigte Operation. 2. Sie ist bei Erstgebärenden mit engem Becken (einzelne seltene Ausnahmen, wie sehr großes Kind, abgerechnet) nicht angezeigt. Bei ihnen gilt der uralte Grundsatz, daß bei einer Conjugata vera bis herab zu 10 *cm* und mittelgroßem, reifem Kinde in der Regel die spontane Geburt abzuwarten ist. Sie führt in der größten Zahl dieser Fälle zu gutem Ausgang für Mutter und Kind. 3. Auch Mehrgebärende mit einer Conjunctiva vera bis herab zu 7 *cm* und mittelgroßen reifen Kindern können bekanntlich in sehr vielen Fällen noch spontan niederkommen. 4. Nun gibt es aber Mehrgebärende, welche trotz aller Maßnahmen und Hilfen, infolge ihrer engen Becken und immer schwerer werdenden Kinder am Ende der Zeit wiederholt sehr schwierig geboren und tote oder halb sterbende Kinder zur Welt gebracht haben. Sie sehnen sich nach einem lebenden Kinde. Aus vielerlei Gründen kann das Ende der Schwangerschaft, um in eine Klinik zu übersiedeln, nicht abgewartet werden. Der Erfahrene hat genug solcher Gründe erlebt und hat ihre Berechtigung anerkennen müssen. Auch gibt es manchen Fall, der am Ende der Zeit nicht recht für Kaiserschnitt und Hebotomie paßt. Hier bliebe in den praktischen Erlebnissen und in der Geburtshilfe eine Lücke, welche — und wenn es auch nur für wenige und seltene Fälle gilt — durch künstliche Frühgeburt ausgefüllt werden kann. Hier lehren uns die eigenen Erfahrungen, daß beim allgemein verengten Becken mit der unteren Veragrenze von 8 *cm* und beim plattrachitischen und allgemein verengt plattrachitischen Becken mit der unteren Veragrenze von $7^3/_4$—$7^1/_2$ *cm* die Frühgeburt in der 36. Woche mit gutem Erfolge für Mutter und Kind eingeleitet werden kann. Als beste Methode zur Einleitung der Frühgeburt hat sich uns Bossi + Metreuryse für die platt rachitischen Becken und die Bougie für allgemein verengte Becken bewährt. Im letzteren Falle gilt spontane Geburt, im ersteren die Beendigung der Geburt durch Wendung und Extraktion zurzeit als bestes Verfahren. Zum Schlusse wiederholen Verfasser mit allem Nachdrucke, daß auf Seiten des Kaiserschnittes und der Hebotomie ohne jeden Zweifel eine größere Gefahr für die Mutter liegt als bei Vornahme der künstlichen Frühgeburt. Dort setzt die Mutter ihr Leben weit mehr ein für ein allerdings so gut wie sicher lebend zur Welt kommendes und am Leben bleibendes Kind. Dies prüfe jeder ernstlich, namentlich wenn diese Mutter schon Kinder hat: eine Mutter ist unersetzlich. Hier setzt sie weniger Gefahr ein und erhält freilich mit geringer Aussicht ein lebendes und am Leben bleibendes Kind: und doch sind bei geeigneten Maßnahmen und in sehr ge-

schickten Händen die Aussichten durchaus nicht so schlecht, als sie in der chirurgischen Ära der Geburtshilfe bis jetzt geschildert werden.

C. Meissner: Die Perforation des lebensfrischen und absterbenden Kindes 1892 bis 1906. Gewonnen sind die Ergebnisse aus den Erfahrungen an 57 Fällen von Perforation des lebenden und 112 Fällen von Perforation des absterbenden Kindes. Die Gesamtsterblichkeit betrug 1·2% (nach Abzug der durch andere nicht mit der Perforation zusammenhängenden Todesursachen Gestorbenen), im ganzen waren von 169 Fällen 9 Mütter zugrunde gegangen. Die Schlußfolgerungen gipfeln darin, daß auch heute noch trotz der Fortschritte der operativen Geburtshilfe, trotz der guten Resultate bei Sectio und der Hebotomie dennoch die Perforation des absterbenden und auch die des lebenden Kindes nicht nur in der Hand des Praktikers, sondern auch an der bestgeleiteten Klinik in besonderen Fällen zu Recht besteht. Als eine häufig sich ergebende Ursache war allzulanges Abwarten des spontanen Geburtsverlaufes anzusprechen. Meissner rät daher, wenn es sich bei I-para um ein stärkeres Mißverhältnis zwischen Becken und Kindskopf handelt, wenn sich der Kopf zwar günstig einstellt, sich aber bei kräftigen Wehen und genügend eröffneten Weichteilen nicht einstellt, was sich wohl nach ungefähr sechsstündiger Geburtsarbeit beurteilen läßt, zur Beckenerweiterung, ohne erst die hohe Zange zu versuchen. Hat sich der Kopf ungünstig, z. B. in ausgesprochener Hinterscheitelbeineinstellung eingestellt und verbleibt in derselben bei noch aseptischem Genitaltraktus, dann Kaiserschnitt aus relativer Indikation. Ebenso verfährt man bei Mehrgebärenden, wo die früheren Geburten mit toten Kindern durch Perforation endeten. Kommen die Frauen rechtzeitig zur Untersuchung, dann kommt die künstliche Frühgeburt in der 30.—36. Woche mit in Frage. Immer hat auch nach Meissners Erfahrungen der Grundsatz zu gelten: „Erst die Mutter, dann das Kind!"

Leisewitz: Über die Zange in der Therapie des engen Beckens zur Rettung des Kindes. Nach vergleichender Zusammenstellung der Häufigkeit der Zangenentbindung an den verschiedenen Kliniken und deren Mortalität führt Verfasser die eigenen Ergebnisse an. Er betont die hohe Mortalität der hohen Zange, nämlich 32·43%, um dann das an der Klinik geltende Verhalten zu schildern: „Handelt es sich um ein enges Becken, namentlich um einen durch vorspringende Spinae ischiadica, unbewegliches Steißbein und spitzen Schambogen verengten Beckenausgang, wie beim allgemein verengten oder auch allgemein verengten platt rachitischen Becken, mit Überwiegen der allgemeinen Verengerung, so sehen wir in der durch die lange Geburtsdauer infolge Überanstrengung und Übermüdung entstandenen Wehenschwäche eine Gefahr erstens für die Mutter. Denn sie würde keinesfalls, selbst durch eine infolge von Morphiuminjektion hervorgerufene Erholungspause kaum wieder vollständig zu Kräften kommen, um die großen Widerstände des Beckenausganges noch zu überwinden. Zweitens aber vor allem das Kind, denn durch die andauernde und lange Zeit währende Kompression des kindlichen Schädels zwischen Beckenmitte und Beckenausgang würde, wenn auch nicht schon im Augenblicke der Zangenanlegung, so doch sicher nach kurzer Zeit langsam eine Asphyxie eintreten. Sie schädigt den kindlichen Organismus durch zu lange Kompression des Kopfes und führt schließlich zu tödlicher Hyperämie bzw. Ödem und Blutungen in das Gehirn. Demnach wägen wir in jedem Falle genau ab, warten aber nur in äußerst seltenen Fällen so lange, bis die Gefahr für Mutter und Kind oder für eines von beiden ganz auffallend ist, also bis etwa Temperatur und Pulssteigerung oder völlige Erschlaffung bei der Mutter eintritt, oder bis bei dem Kinde die Asphyxie durch auffallendes Sinken oder Beschleunigung der Herztöne und rasch wachsende Kopfgeschwulst wahrnehmbar wird." Ganz besonders bemerkenswert sind die feinen prognostisch wichtigen Zeichen, z. B. das beginnende Ödem der Muttermundslippen, vor allem beim Kinde aber die langsame Erholung der Herztöne in der Wehenpause, die beginnende Akzentuation des zweiten Tones, der reibende, manchmal auch dumpf hauchende erste Ton. Bei häufiger Zählung der Herztöne in der Wehenpause wird man dann auch feststellen können, daß Unregelmäßigkeiten in der Zahl der Schläge, auch kleine Unterschiede in der Qualität auftreten. Bei normalem Becken wurde die Zange bei Sinken oder Beschleunigung der kindlichen Herztöne unter 80—100 oder über 160 angelegt. Als Indikationen von seiten der Mutter werden die gewöhnlichen angeführt. Am häufigsten macht das allgemein verengte Becken die Anlegung der Zange notwendig. Die Gesamt-

mortalität der Mütter betrug 3·11%, nach Abzug der nicht der Operation zur Last fallenden Fälle 0·58%; die Gesamtmortalität der Kinder 15·63%, nach entsprechendem Abzug 11·54% zu Lasten der Zange. Auf Grund seiner Erfahrungen tritt Verfasser dafür ein, daß an Stelle der hohen Zange die Hebotomie bei nicht erfüllten Bedingungen selbst die Perforation des absterbenden, aber auch des lebenden Kindes eventuell zu treten habe. Es bleibt mithin der Satz zu Recht bestehen, daß die Zange beim engen Becken eine für die Mutter durchaus nicht gleichgültige Operation ist und daß ihre Indikation stets sehr genau genommen werden muß.

G. Leopold: Beitrag zur Sectio caesarea auf Grund von 229 Fällen. Verfasser gibt uns das Wissenswerteste seiner Erfahrungen an 229 Kaiserschnitten in kurzer tabellarischer Zusammenstellung. Eingehend werden die Todesfälle berichtet, mit offenster Objektivität kritisch besprochen. Beim ersten Hundert wurden 10%, beim zweiten Hundert 5% Mortalität, im Durchschnitt also 7·5% erhalten. Näher in einem Referate auf die so lehrreichen Schlüsse, welche Leopold aus seinen Beobachtungen zieht, einzugehen, ist untunlich und kann daher nur dringend geraten werden, die Originalarbeit selbst zu lesen, es müßte denn die ganze Arbeit gebracht werden. Hervorgehoben sei nur der Satz, daß bestehende Gonorrhöe unter allen Umständen ungünstig, ja verhängnisvoll für eine Sectio caesarea ist.

Weindler: Spontane Geburt bei engem Becken. Der Arbeit liegt ein Material von 6469 Geburten zugrunde, von denen 1610 = 24·8% ein mehr oder weniger verengtes Becken aufwiesen. Die Conjugata vera wurde durch Abzug von durchschnittlich 2 *cm* von der digital ermittelten Conjugata diagonalis berechnet. Die überwiegende Mehrzahl der Becken gehört der Gruppe der allgemein verengten Becken an, welche auch Weindler für das abwartende Verfahren der Geburtsleitung die günstigere Prognose ergab gegenüber dem platten Becken. Bei 1201 Frauen verlief die Geburt ohne jeglichen Eingriff. Selbst bei höheren Graden der Verengerung bis zu einer Conjugata vera von 7 *cm* herab ging die Geburt bei Erst- wie bei Mehrgebärenden spontan vonstatten. Von den Kindern fielen nur 1·5% der Beckenveränderung zum Opfer. Der Klinik fallen 0% Todesfälle der Mütter zur Last (im ganzen starben 0·6%). So sehr an einer Klinik das abwartende Verfahren möglichst strenge durchgeführt werden kann, so spricht doch auch Weindler sich für die weitere Beibehaltung der künstlichen Frühgeburt, der eigentlich prophylaktischen Maßnahme speziell für den Praktiker aus.

Leopold: Das klinische Jahr 1906 und die Therapie beim engen Berken zur Rettung des kindlichen Lebens. Diese Arbeit bildet eigentlich das Schlußwort zu den oben angeführten Berichten aus der Dresdener Klinik. Zusammenfassend werden die an der Klinik geltenden Grundsätze nochmals besprochen, insbesondere eine Lanze gebrochen für die Berechtigung der künstlichen Frühgeburt, sowie unter Umständen, wenn es das Interesse der Mutter erheischt, auch für die Perforation selbst des lebenden Kindes, indem nochmals die immerhin nicht zu unterschätzende Mortalität von 4—5% bei den drei großen entbindenden Operationen, dem Kaiserschnitte, der Symphysiotomie und Hebotomie hervorgehoben wird. Besonders erwähnenswert erscheint es, daß Leopold aus seinen Erfahrungen den Schluß zieht, daß die Wendung und Extraktion sowohl bei künstlichen Frühgeburten als auch beim engen Becken überhaupt auf bestimmte Beckenarten und Grade beschränkt seien und der Operateur in der Wahl der zur Wendung allein geeigneten Hand und des allein richtigen kindlichen Fußes keinen Fehler begehe. Nun erfolgt eine statistische Besprechung der 2066 im Jahre 1906 an der Dresdener Klinik vorgekommenen Geburten, wovon nur 1 Todesfall (bei Sectio caesarea) unter allen nur wegen engen Beckens Operierten vorkam. Relativ ebenso günstig sind die Resultate für die Kinder, trotzdem immer der Satz hochgehalten wurde: „Erst kommt die Mutter und dann das Kind.“

v. Steinbüchel (Graz).

Sammelreferate.

Nebenhorngravidität und interstitielle Eientwicklung.

Jahrgang 1907.

Von Dr. **A. Fuchs**, Breslau.

1. R. Andrews, **Zwei Fälle von Schwangerschaft in einem Uterushorn.** (Journ. of obstetr. and gyn., Juni 1907.)
2. M. Cohn (Bukarest): **Die Schwangerschaft im rudimentären oder atretischen Neben horn des Uterus bicornis unicollis.** (Rev. de Chir., Juli 1907. Ref. Zentralbl. f. Gyn., XXXII, H. 8.)
3. Conrad (Anvers): **Ruptur eines Uterus bicornis gravidus.** (Journ. de chir. et annal. de la soc. Belge de Chir., Nr. 4. Ref. Zentralbl., XXXI, H. 1.)
4. Falk: **Zwei Fälle von interstitieller Tubargravidität.** (79. Versamml. deutscher Naturforscher, Dresden. Ref. Zentralbl., XXXI, H. 43.)
5. Henkel: **Interstitielle Gravidität etc.** (Verhandl. d. Berliner gynaekologischen Gesellschaft. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., L, H. 2.)
6. Derselbe: **Demonstration zweier Präparate von interstitieller Gravidität.** Bericht vom XII. deutschen gynaekologischen Kongreß. Zentralbl. f. Gyn., XXXI, H. 26.
7. Limnell: **Anatomische Befunde in einem Falle von Nebenhornschwangerschaft.** (Arch. f. Gyn., LXXXI, H. 2.)
8. Rieck: **Ungeplatzte interstitielle Tubenschwangerschaft.** (Sitzungsber. d. geburtsh. Gesellsch. Zentralbl. f. Gyn., XXXI, H. 12.)
9. Derselbe: **Ein Fall von interstitieller Tubenschwangerschaft. Perforation durch Sondierung.** (Zentralbl. f. Gyn., XXXI, H. 35.)
10. P. T. Sadowski: **Ein Fall von interstitieller Schwangerschaft.** (Festschr. f. Professor v. Ott. Ref. Zentralbl. f. Gyn., XXXI, H. 4.)
11. Scheffzeck: **Beiträge zur Extrauterin- und Nebenhorngravidität.** (Arch. f. Gyn., LXXXIII, H. 2.)
12. Trapet: **Über Schwangerschaft und Geburt bei doppeltem Uterus.** (Inaug.-Dissert., Bonn.)

Die Kasuistik der seltenen Fälle von interstitieller Tubargravidität ist auch in diesem Jahre um einige Exemplare vermehrt worden.

Rieck hatte das Glück, im Abstande von 5 Monaten 2 Fälle hintereinander zur Operation zu bekommen. Fall I (8) stellt eine solche interstitielle Schwangerschaft in sehr frühem Stadium dar. Das ganze Präparat ist kirschgroß, seine Wandung allenthalben Uteruswandung. Inmitten des Hämatoms, welches die ursprüngliche Eihöhle ausfüllt, liegt ein deutlich erkennbarer, 3·75 *mm* langer Fötus. Er schätzt daher die Schwargerschaft auf 16 bis 18 Tage. Bei der Operation, die er vaginal ausgeführt hat, präsentiert sich die Auftreibung an dem vor die Vulva gezogenen Uterus wie ein auf der rechten Funduskante gewachsenes subseröses Myom. Tube und Ligamentum rotundum gingen am Fuße der Geschwulst noch in solcher Entfernung ab, daß sie bei der Exzision intakt blieben, ebensowenig wurde bei der Operation eine Eröffnung des Uteruslumens bemerkt. Die Diagnose war in diesem Falle nicht gestellt worden, da der Uterus retroflektiert gelegen, die kleine Anschwellung übersehen worden und keine Anamnese, die an eine Extrauteringravidität hätte denken lassen, bestanden hat. Wegen der Retroflexio mit unregelmäßigen Blutungen war vordere Kolpotomie zwecks Ausführung einer Vaginifixur gemacht und dabei der seltene Befund erhoben worden.

Der zweite Riecksche Fall (9) bietet besonderes Interesse darum, weil hier offensichtlich durch eine anderwärts vorgenommene Uterussondierung die interstitielle Gravidität direkt perforiert und eine fast letale Blutung hervorgerufen worden ist.

Eine 28jährige III-para, bei der stärkere Blutungen aufgetreten, wird wegen Abortverdachtes curettiert. Nach glatter Rekonvaleszenz traten wieder Blutungen auf und bei einer Untersuchung wurde links neben dem Uterus ein apfelgroßer Tumor gefühlt. Bei einer nun vorgenommenen Uterussondierung gleitet die Sonde glatt 8 *cm* vor, dann bei einer Verschiebung nach der Anschwellung hin — ohne daß stärkerer Druck ausgeübt wurde — bis auf 17 *cm*. Im Anschlusse an dieses Ereignis trat Kollaps ein und die Frau wurde dann zu Rieck geschafft und von ihm laparotomiert.

Der klinische Verlauf und ebenso das gewonnene Präparat des Falles zeigen, wie die Sonde beim einfachen Sondieren des Uteruskavums ganz glatt in die Tube gelangt ist, obgleich — wie ausdrücklich hervorgehoben wird — eine Erweiterung des mediansten Tubenlumens sicherlich nicht bestand. Begünstigt wurde das Vordringen der Sonde in das Tubenostium durch die interstitielle Schwangerschaft jedoch insofern, als die Tubenachse infolge der Schwangerschaft mehr der Uterusachse genähert war. Diese Tubensondierung ist jedenfalls ein sehr seltenes Vorkommnis, da die sicheren Fälle, wo durch Laparotomie oder Sektion der sichere Beweis erbracht worden ist, nach Thorn nur einige wenige sind. Ganz mit Recht wird zum Schlusse noch gegen das Sondieren überhaupt eingewandt, daß eine sorgfältige bimanuelle Tastung die Anwendung der obigen Untersuchungsart fast ganz überflüssig erscheinen läßt.

Einen weiteren, durch andere Komplikationen wieder sehr interessanten Fall beschreibt Henkel (5). Es handelt sich um eine 39jährige V-para. Letzter Partus vor 3 Jahren. Nach ca. 7wöchigem Zessieren der Menses trat Blutung auf, weshalb die Frau curettiert wurde. Da kein Effekt erzielt worden, suchte die Patientin die Klinik auf. Bei der Untersuchung wurde an der Abgangsstelle der rechten Tube eine apfelgroße Geschwulst gefühlt. Es wurde an interstitielle Gravidität gedacht, Laminaria eingelegt, um eventuell ein Ausstoßen des Eies resp. ein Herausbefördern desselben per vias naturales zu ermöglichen. Da in Narkose eine Kommunikation des Uteruskavums mit der Fruchtkapsel nicht zu eruieren war, wurde zur Laparotomie geschritten. Es fanden sich Därme und Netz, schließlich auch der Wurmfortsatz mit der Geschwulst verwachsen, so daß ein großes Stück Netz und der Processus vermiformis im Zusammenhang mit dem keilförmig exzidierten Tumor entfernt wurden. Die Heilung verlief glatt.

Auch dieser Fall ist also zweifellos durch nicht indizierte Manipulationen geschädigt worden und dadurch erst die Eiterung und ausgedehnte Verwachsung mit den Nachbarorganen entstanden. Henkel hebt bei der Diskussion in der Berliner gynaekologischen Gesellschaft selbst ausdrücklich hervor, daß er den Wurmfortsatz, da er ihn intakt gefunden, nur für sekundär ergriffen halte. Auch den Versuch, vom Uteruskavum aus eventuell die interstitielle Gravidität zu entfernen, halte ich nicht für nachahmenswert. Es wird nur in den seltensten Fällen gelingen, in den meisten Fällen ohne jeden Erfolg, wo nicht gar eine Noxe sein.

Diesen Fall referierte Henkel nochmals auf dem Dresdener Gynaekologenkongreß und gleichzeitig (6) demonstrierte er ein Präparat von interstitieller Gravidität im 5. Monat. Es war Berstung und akute Verblutungsgefahr eingetreten. Auch hier wurde das Eibett in toto exzidiert, zumal es sich noch um partielle Blasenmole handelte.

Falk (4) berichtet über 2 Fälle, von denen der eine wenige Wochen nach der Ansiedlung rupturierte, der andere eine Mole noch deutlich im interstitiellen Tubenteil inmitten der Uteruswandung aufwies. Beide wurden per Laparotomie operiert.

Schließlich sei noch ein Fall von P. T. Sadowski (10) erwähnt. Es handelt sich um eine 40jährige Frau, die mit Erscheinungen einer inneren Blutung und typischer

Extrauteringravidität in ein Petersburger Krankenhaus kam und hier laparotomiert wurde. Erst bei eröffnetem Abdomen zeigte sich, daß eine interstitielle Schwangerschaft vorliege, die durch Resektion zur Heilung gebracht wurde.

Auch einige Fälle von Gravidität im Uterusnebenhorn finden wir im verflossenen Jahre wieder veröffentlicht. Meistens sind es nur Beschreibungen der Äußerlichkeiten des einzelnen Falles; etwas eingehender, vor allem unter Berücksichtigung der histologischen Abnormitäten, wird ein solcher Fall von Limnell (7) geschildert.

Es handelt sich um eine 32jährige VIII-para, die 7 Kinder normal geboren hat. Ende Oktober letzte Regel; mehrere Monate hielt sich die Frau für schwanger. Im Januar Erbrechen und Schmerzen im Leibe, nach 14 Tagen beschwerdefrei. Ende Februar kommt sie in die Helsingforser Klinik, weil sie einen Tumor in der linken Unterleibsseite bemerkt. Bei der Laparotomie wird der kindskopfgroße, durch einen kurzen Stiel mit dem rechten Uterushorn zusammenhängende Tumor, von dem Tube und Ligament. rotundum abgehen, abgetragen. An dem Präparat bestand an der Vorderseite eine kleine Rupturstelle, durch die die Plazenta austrat. Im erhaltenen Amnionsack, inmitten von klarem Fruchtwasser, eine wohlerhaltene Frucht von 24 *cm* Länge. Die Plazentaranlage ist wie in fast allen diesen Fällen disseminiert, fast über das ganze Lumen ausgebreitet.

Mikroskopisch wurde zunächst am Stiele festgestellt, daß er muskulös und völlig solid sei. Mehr nach dem Ei hin finden sich auch in die Muskulatur des Stieles hinein weit vorgeschoben Chorionzotten, die hier ebenso wie an vielen anderen Stellen die Fruchtträgerwand selbst schwer schädigen. Außerdem finden sich noch weiter als die Zotten selbst vorgeschobene Zellzüge, die zweifellos dem Chorionektoblast entstammen. Dagegen war von einer Dezidua mit Bestimmtheit nichts zu erkennen. An anderen Wundbezirken wieder, anscheinend dort, wo die Blutversorgung eine ungenügende gewesen, sind die Zotten selbst zugrunde gegangen und nur als hyaline Körper übrig geblieben, während die Sackwand dafür intakt ist. Aus diesen Verhältnissen ist zunächst abzulesen, daß die ursprüngliche Anlage des Hornes eine rudimentäre gewesen, sodann auch der Grund für die Unterbrechung resp. Ruptur. Besonders betont und zum ersten Male bei einer solchen Schwangerschaft nachgewiesen finden sich Fettkügelchen in den Zellen der Deckschicht und ihren Proliferationsprodukten, wie dies ja auch bei normaler Schwangerschaft beschrieben wird. Es wird dadurch erwiesen, daß diese Zellen gleich den Leukozyten der Resorption dienen.

Zwei weitere solche Fälle beschreibt Scheffzek (11).

Fall I. 21jährige I-para. Sie glaubt anfangs Februar konzipiert zu haben, hielt sich, zumal sie im Juli Kindesbewegungen wahrgenommen, für schwanger. Im Dezember wehenartige Schmerzen. Bei der Aufnahme in die Breslauer Hebammenanstalt wurde in der Unterbauchgegend ein länglicher bis drei Querfinger über den Nabel reichender, sehr praller Tumor festgestellt. Bei der Laparotomie zeigte sich der Tumor mit der rechten Uteruskante zusammenhängend, Blasenperitoneum geht teilweise auf seine Vorderseite hinüber. Der Inhalt war eine Frucht von 1870 *g* Gewicht, kein Fruchtwasser. Die Plazenta ist nicht diffus, ferner fand sich mikroskopisch hier deutliche Dezidua; destruktives Wachstum von Chorionzotten wurde dagegen nur an wenigen Stellen und wenig ausgesprochen gefunden. Sonst ist die in deutliche drei Schichten zerfallende Wandmuskulatur durch die Zotten und Schwangerschaftsveränderungen so gut wie gar nicht betroffen. Zu erklären ist dies dem Normalen nahekommende Verhalten dadurch, daß man die ursprüngliche Fruchtsackanlage als gut entwickelt anzunehmen hat.

Fall II. Bei einer I-para war die Periode seit 9 Monaten fortgeblieben, gleichzeitig Stärkerwerden des Leibes. Seit einigen Wochen Blutungen, weshalb sie anderwärts mehrmals tamponiert wurde. Vor einigen Tagen Untersuchung in Narkose und Sondierung des Uterus, wobei eine Perforation passierte. Mit peritonitischen Symptomen eingeliefert. Ungefähr einen Finger unterhalb des Nabels ein kugeliger, harter knabenkopfgroßer Tumor. Portio normal-virginell, geht direkt in den Tumor über. Uterus nicht zu isolieren. Es wird an Extrauteringravidität gedacht. Exitus an Peritonitis. Bei der Obduktion fand sich frei im Abdomen ein Kind, daneben ein geplatztes atretisches Nebenhorn, das Plazenta und Eihäute enthielt. Die Rupturstelle, mit einem Durchmesser von 8 *cm*, befindet sich in der Vorderwand des Fruchthalters. Diesem liegt direkt an, ohne zunächst von ihm getrennt werden zu können, der nicht gravide Teil des Uterus. Doch hat er keinerlei Kommunikation mit der graviden Hälfte, sondern ist durchgehend durch eine $1^1/_2$ *cm* dicke Wand getrennt. Ja, diese Uterushälfte zeigt selbst mikroskopisch nicht einmal Schwangerschaftsveränderungen. Wie des weiteren noch ausgeführt und per exclusionem gefolgert wird, handelt es sich um eine Schwangerschaft in der verschlossenen Hälfte eines Uterus bilocularis, sonach der dritte Fall nach den von Riedinger und Werner beschriebenen.

Einen an den letzten etwas erinnernden Fall beschreibt Trapet (12), nur daß es sich hier um dem Normalen sehr nahe Verhältnisse und daher günstigen Ausgang handelt.

Eine Frau, die vor einem Jahre eine normale Geburt durchgemacht hatte, wird 14 Tage nach einer normalen Entbindung eingeliefert, weil neben dem Uterus noch ein Tumor im Abdomen. Hier wurde eine Gravidität im zehnten Monat festgestellt. Nach 24 Stunden erfolgte eine weitere spontane Geburt. Es konnte nachher festgestellt werden, daß der Uterus im Fundus zwei getrennte Höhlen enthielt.

Conrad (3) berichtet von einer 21jährigen I-para, bei der im vierten Monat plötzlich Unterleibsschmerzen und Erbrechen auftrat. Neben dem normal großen Uterus ist ein undeutlicher Tumor zu tasten. In der Bauchhöhle große Blutmengen und ein intaktes Ei. Fruchtträger ein rudimentäres, rupturiertes Nebenhorn, das entfernt wurde. Heilung.

Schließlich berichtet noch M. Cohn (2) über einen Fall der Bukarester Klinik, wo durch die Laparotomie ein ausgetragenes, allerdings schon mazeriertes Kind entfernt wurde. Im Anschluß daran wird die verschiedene Möglichkeit des Entwicklungsstadiums des rudimentären Hornes, die Möglichkeiten, durch die das Ei hineingelangt, und schließlich die verschiedenen Ausgänge erörtert. Schließlich wird noch die Schwierigkeit der Differentialdiagnose, speziell der Tubargravidität gegenüber, besprochen. Er weist namentlich auf die größere Spannung des Fruchtsackes bei der Nebenhorngravidität und ihre Kontraktilität als wichtiges Unterscheidungsmerkmal hin.

Zwei Fälle demonstrierte noch R. Andrews (1) in der Londoner geburtshilflichen Gesellschaft. Im ersten war die Schwangerschaft im ersten Monat abgestorben. Es kam dann im fünften Monat zur Eiterung, weshalb laparotomiert wurde.

Im zweiten Falle trat schon im ersten Monate Ruptur des Hornes mit letaler Blutung ein.

Zysten und Tumoren der Ovarien.

Sammelreferat von Dr. **B. Ehrlich**-Dresden.

I. Zysten der Ovarien.

Peraire und Cornil (Paris): **Rechtseitige Ovarialzyste.** (Bull. et mém. de la Soc. anat. de Paris, 1906, Oktober. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 45.)

A. Anufriew: **Zur Kasuistik der großen, pseudomuzinösen Ovarialkystome.** (Russki Wratsch, 1906, 31. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 45.)

Marchand (Leipzig): Verhandl. d. med. Gesellsch. zu Leipzig, Juni 1907. (Ref. Münchener med. Wochenschr., 1907, Nr. 37.)

F. E. Taylor: **Über Vereiterung einer Ovarialzyste durch Bacillus typhosus.** (Obstetr. soc. of London, Juli 1907. Ref. Münchener med. Wochenschr., 1907, Nr. 45.)

W. N. Orlow: **Zur Kasuistik der Fälle von Entzündung und Eiterung der Pseudomuzinzysten in der Nachgeburtsperiode und ihre Folgen.** (Russki Wratsch, 1906, 31. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 45.)

Chalier (Lyon): **Allgemeine Peritonitis nach Perforation von Ovarialabszessen.** (Lyon méd., März 1907. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 48.)

S. Stiassny: **Zur Torsion gestielter Gebilde.** (Beiträge zur Geburtsh. u. Gyn., XII, H. 2.)

Schirmer (Groß-Lichterfelde): **Über Stieldrehung intraabdomineller Organe.** (Med. Klinik, 1907, Nr. 13.)

R. Jolly (Berlin): Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., LX, 1.

Leriche (Lyon): **Intraligamentäre Zyste mit Stieldrehung.** (Lyon méd., 1906, Nr. 9. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 6.)

Goullioud (Lyon): **Intraovarielle Torsion eines Zystenstieles.** (Lyon méd., Jänner 1907. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 48.)

v. Holst (Dresden): Sitzungsberichte der gynaekologischen Gesellschaft zu Dresden. (Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 34.)

L. Seitz (München): **Über Stieldrehung von Parovarialzysten.** (Beiträge f. Geburtsh. u. Gyn., XI, 2.)

H. G. Melville (Lahore): **Ovarium frei in der Bauchhöhle.** (Edinburgh med. journ., September 1906. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, 21.)

Pollosson (Lyon): **Ovarialzyste ohne Stiel.** (Lyon méd., 1906, 15. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, 21.)

Vautrin (Nancy): **Über die zystische Degeneration der Ovarien nach gewissen Eingriffen wegen chronischer Adnexentzündung.** (Annal. de gyn. et d'obstétr., Februar 1906. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, 45.)

Goullioud (Lyon): **Zystische Geschwulstbildung der Ovarien bei Blasenmole.** (Lyon méd., Juni 1906. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907.)

Livados (Lyon): **Zystische Degeneration der Ovarien und Blasenmole.** (Französische Dissertation. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 38.)

O. Mansfeld: **Ein papilläres Kystom seltener Form.** (Gynaekologische Sektion des kgl. Ärztevereines zu Budapest. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 43.)

Zacharias: Fränkische Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gyn. (Ref. Münchener med. Wochenschr., 1907, Nr. 49.)

II. Solide benigne Ovarialtumoren.

Soli (Turin): **Beitrag zur Kasuistik der Ovarialfibrome.** (Rassegna d'ost. e. gyn., 1906. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 19.)

F. Jordan: **Fibroid of the ovary.** (Brit. gyn. Journ., LXXXVIII, Februar. Ref. Schmidts Jahrb., 1907, 294.)

Handfield-Jones: **Calcified ovarian fibroma.** (Transaction of the obstetr. Soc. of London, XLVIII. Ref. Schmidts Jahrb., 1907, 249.)

Straßmann (Berlin): Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. zu Berlin. (Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 7.)

Penkert (Halle): **Doppelseitiges Fibrokystom an unveränderten Ovarien.** (Monatsschr. f. Geburtsh u. Gyn., XXVI, 1.)

Maiss: Gynaekologische Gesellschaft zu Breslau. Mai 1907. (Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 41.)

III. Maligne Ovarialtumoren.

Engelhorn (Tübingen): **Über das gleichzeitige Vorkommen von malignen Ovarialtumoren und Magenkarzinom.** (Beiträge zur Geburtsh. u. Gyn., XI, 1.)

M. Goullioud (Lyon): **Karzinom des Ovariums bei solchem des Magens, der Intestina und der Gallengänge.** (Revue de gyn. et de chir. abdom., 1907. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 37.)

Schenk und Sitzenfrey (Prag): **Gleichzeitiges Karzinom des Magens, der Ovarien und des Uterus.** (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., LX, 3.)

Sitzenfrey: **Mammakarzinom zwei Jahre nach abdominaler Radikaloperation wegen doppelseitigem Carcinoma ovarii.** (Prager med. Wochenschr., 1907, XXXII.)

De Snoo: Niederländisch-gynaekologische Gesellschaft, März 1907. (Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 46.)

Zickel: **Ovarialkarzinom während der Schwangerschaft.** (Zentralbl. f. Gyn., 1907, 14.)

A. Louise Mc Ilroy (Glasgow): **Primäres Karzinom des Ovariums.** (Journ. of obstetr. and gyn. of the british empire, Vol. X, 4, Juni 1906. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, 45.)

P. Massabuan (Montpellier): Französische Dissert., 1906. (Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 21.)

Blau: **Über eiähnliche Bildungen in Ovarialtumoren.** (Arch. f. Gyn., LXXX, 2.)

Albertin und A. Jambon (Lyon): **Die Wechselbeziehungen zwischen Uterus- und Ovariumepitheliom.** (Revue de gyn. et de chir. abdom., 1906. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 17.)

E. Bircher: **Ovarialsarkom während der Gravidität.** (Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 44.)

Kelly (Glasgow): **Ein Fall von Rundzellensarkom des Ovariums etc.** (Journ. of obstetr. and gyn of the british empire, 1906. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 35.)

Ritzmann (Breslau): **Ovarialtumoren bei Kindern.** (Dissert., Breslau 1906).

IV. Dermoide und Teratome.

Maiss: Gynaekologische Gesellschaft zu Breslau, Mai 1907. (Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 41.)

Mendels: Niederländisch-gynaekologische Gesellschaft. (Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 25.)

A. Pinkuss (Berlin): Gesellschaft f. Geburtsh. u. Gyn. zu Berlin, März 1907. (Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, 29.)

Haim (Budweis): **Zur Kasuistik der Dermoidzysten.** (Prager med. Wochenschr., 1907, XXXII, 2, 1907.)

Jaboulay: **Dermoidzyste des Ovariums, im Lig. latum eingeschlossen.** (Province méd., 1906, Nr. 36.) Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, 6.)

v. Velits: **Über die Dauererfolge der Ovariotomie.** (Arch. f. Gyn., LXXIX, H. 3.)

N. J. Gorisontow: **Zur Frage über primäre Krebsdegeneration der Dermoidzysten der Ovarien.** (Wratschebnaja gazetta, 1906. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, 45.)

A. Czyzewicz jun. (Lemberg): **Ein nicht täglicher Parovarialtumor.** (Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 51.)

Gerstenberg: **Dermoid eines überzähligen Ovariums.** (Sitzungsbericht d. Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gyn. zu Berlin. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1906, Nr. 20.)

J. H. Targett und H. T. Hicks: **Zwei Fälle von „malignem Embryom“ des Ovariums (Teratom).** (Guys hospital reports, 1906. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 48.)

J. Kartunbkanskaja (Zürich): **Ein Fall von doppelseitigem Teratom des Ovariums bei einem Kinde.** (Dissert., Zürich 1906. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 48.)

Die Literatur des letzten Jahres über Zysten und Tumoren der Ovarien befaßt sich bezüglich der gutartigen Geschwulstformen vornehmlich mit Einzelheiten in dem klinischen Bilde (Komplikation mit Gravidität, mit Blasenmole, Stieldrehung, Aszites, Lageveränderungen) und Seltenheiten im histologischen Bau (abnorme Größe und Inhalt, eigentümliche strukturelle Verhältnisse usw.). Einfache Zysten benigner Art werden kaum noch veröffentlicht. Ein höheres Interesse haben die malignen Formen erweckt. Die Arbeiten über die karzinomatösen und sarkomatösen Ovarialtumoren sind daher besonders zahlreich, diese befassen

sich vorzugsweise mit der Genese dieser Geschwülste und der Frage der primären oder sekundären (metastatischen) Natur derselben. Die Literatur der Dermoide und Teratome hat gleichfalls eine wesentliche Bereicherung erfahren und bringt eine Reihe höchst interessanter Befunde.

Was zunächst die einfachen Ovarialzysten anbetrifft, die als vergrößerte Follikelzysten nach allgemeiner Ansicht noch keine Geschwülste im eigentlichen Sinne darstellen, so liefern Peraire und Cornil einen Beitrag, bis zu welcher Größe solche anwachsen können: Sie fanden bei einer 46jährigen Frau eine große Ovarialzyste, welche 12 *l* einer gelblichen Flüssigkeit enthielt. Die Wandung der Geschwulst, deren Innenseite mit einem einschichtigen Epithel ausgekleidet war, enthielt keine Ovarialreste mehr.

Um ein Ovarialkystom von sehr beträchtlicher Größe handelt es sich in einem von Anufriew mitgeteilten Fall: Die Pat., Nullipara, zeigte bei allgemeiner hochgradiger Abmagerung eine starke Auftreibung des Leibes (130 *cm* in Nabelhöhe), Leistendrüsen deutlich vergrößert. Der durch Laparotomie entfernte Tumor, von kugeliger Form und höckeriger Oberfläche, bestand aus mehreren sekundären Zysten von verschiedener Größe. Die kleinsten Zysten lagen so dicht aneinander, daß sie eine ununterbrochene gelatineartige Masse von gelblicher Farbe darstellen. Der Tumor, zusammen mit der entleerten blutigen bzw. grünlichen Flüssigkeit, wog 33 *kg*. Die mikroskopische Untersuchung ergab: Adenocystoma multiloculare pseudomucinosum.

Ferner demonstrierte Marchand in der Medizinischen Gesellschaft zu Leipzig zwei zystische Ovarialtumoren (doppelseitige), die ebenfalls eine enorme Größe aufwiesen. Die Zysten entleerten einen zähen Inhalt, welcher eine starke Muzinreaktion gab. Daneben zeigte der Fall noch den interessanten Befund, daß das Peritoneum überall mit durchsichtigen, gelblichen Beeren durchsetzt war; auch am Netz, der Leber und Milz fanden sich solche in großer Anzahl. Das Vorhandensein dieser Geschwülste machte zunächst den Eindruck einer sehr ausgedehnten Metastasenbildung eines Gallertkarzinoms, doch unterschieden sich die großen, durchsichtigen, weichen Knoten von solchen durch ihr homogenes Aussehen und die feine, membranöse Umhüllung. Aus dem makroskopischen und mikroskopischen Verhalten der gallertigen Massen am Peritoneum ging mit Sicherheit hervor, daß es sich hier um ein ungewöhnlich umfangreiches Beispiel von Pseudomyxom handelte, wie es bekanntlich zuerst von Werth beschrieben worden ist. Der Austritt der gallertigen Masse aus den Kystomen, wie sie sich teilweise noch frei in der Peritonealhöhle fand, hat wahrscheinlich mehrfach stattgefunden, wodurch sich das Entstehen der zahlreichen Geschwülste erklärt.

Die Kasuistik der vereiterten Ovarialkystome wird durch die neueste Literatur um zwei weitere Fälle vermehrt; in dem einen derselben (Taylor) wurde die Vereiterung, wie schon öfters beobachtet, durch den Eberthschen Typhusbazillus bedingt, in dem anderen erfolgte diese im Verlaufe eines fieberhaften Wochenbettes (Orlow). Im übrigen seien hierzu noch folgende Einzelheiten gegeben: In dem Falle Taylors wurde bei einer 37jährigen Frau, die einen Abdominaltyphus überstanden hatte, im Verlauf der Rekonvaleszenz ein freibeweglicher Tumor im Abdomen festgestellt, der stetig an Größe zunahm, aber sonst keine Symptome verursachte. Etwa nach Jahresfrist kam Pat. zur Operation. Man fand eine stark entzündliche, hyperämische Zyste des linken Ovariums. Diese wurde nach Lösung der Adhäsionen am Netz unverletzt entfernt. Genesung. Der mannskopfgroße Tumor erwies sich als eine multilokuläre Zyste mit grünlichgelbem, geruchlosem Eiter, aus welchem eine

Reinkultur von Bacillus typhosus gezüchtet werden konnte. Eine Probe mit dem Serum der Pat. ergab die Vidalsche Agglutination bei einer Verdünnung von 1:1000 innerhalb einer Stunde. Taylor nimmt an, daß die Bazillen durch die Blutbahn in die Zyste gelangt sind und hält den Fall für einen Beweis, daß diese Mikroorganismen eitererregende Eigenschaften besitzen.

Die von Orlow operierte Frau war eine XII-para, die nach der vorletzten Geburt sehr lange gefiebert hatte und bei welcher sich nach einiger Zeit über dem Nabel ein Abszeß öffnete. Nach der letzten Geburt vergrößerte sich der Leib sehr stark (Aszites). Durch Operation wurde ein linkseitiger, kopfgroßer Ovarialtumor entfernt, der mit Netz und Dünndärmen innig verwachsen war. Aus der Bauchhöhle entleerte sich eine große Menge einer grünlichen Flüssigkeit. Die makro- und mikroskopische Untersuchung des Tumors ergab eine Pseudomuzinzyste.

In einem ähnlichen, von Chalier berichteten Falle handelte es sich um ein stark vergrößertes Ovarium, das aus zwei vereiterten Zysten mit je 2 Perforationsöffnungen bestand. Allgemeine Peritonitis. Exitus nach 24 Stunden.

Nicht wenige der vorliegenden Arbeiten befassen sich mit der Mechanik der Stieldrehung der Ovarialzysten und den klinischen Folgeerscheinungen der torquierten Geschwülste.

Stiassny, der bei Beschreibungen von Stieltorsionen, ob rechts oder links gedreht, häufig Unklarheiten in der Terminologie gefunden hat, glaubt, daß die Ausdrücke: „im Sinne des Küstnerschen Gesetzes" oder „entgegen demselben gedreht" nur dann richtig angewendet werden können, wenn man sich über die Mechanik der Rechts- bzw. Linksdrehung eines Stieles klar sei. Er unterzieht eingangs das Vergleichsobjekt der einzelnen Autoren einer Kritik. Küstner selbst wählt als solches eine Spirale und belegt seine Definition mit einer schematischen Zeichnung; diese zeigt als Regel einen rechtseitigen, linksgedrehten und einen linkseitigen, rechtsgedrehten, gestielten Tumor (Küstners Gesetz). Es sind ferner zum Vergleiche herangezogen worden: ein Korkzieher (Gelpke), ein Uhrzeiger (Cario), Pronation und Supination (Gebhard, Jolly). die Wendeltreppe (Schauta und Pfannenstiel, doch divergieren ihre Ansichten bezüglich dieser als Tertium comparationis). Bedient man sich dieses letzteren Vergleiches, so ist die Definition der rechts- oder linkslaufenden Treppe nach allgemeinem Brauch derart gegeben, daß die Richtung des an der Außenseite laufenden Geländers maßgebend ist („rechtslaufende" Wendeltreppe, wenn man das Geländer mit der „rechten" Hand hält); oder die Definition richtet sich nach der sog. Spindel, derart, daß bei der rechtslaufenden Treppe die Spindel links bleibt und umgekehrt, wobei natürlich die Treppe von unten betrachtet wird. Verf. selbst wählt die Schraube als das häufigste, wichtigste und am besten studierte Werkzeug als Tertium comparationis. Für das vorliegende Thema sind besonders zwei Sätze zur Definition der Schraubenrichtung notwendig: 1. Je nach der Richtung, in welcher die Aufwicklung der Ebene eines gegebenen Winkels auf seinen geraden Kreiszylinder erfolgt, wird in rechts- und linksgängige Schraubenlinie unterschieden (durch Figuren erläutert). Oder 2. Ist der Winkel (Steigungswinkel = der Winkel, welcher der Entstehung der Schraubenlinie zugrunde liegt) kleiner als 90°, so daß die Schraubenlinie in der Richtung von links nach rechts aufsteigt, so heißt das Gewinde ein rechtsgehendes; ist der Winkel aber größer als 90°, so muß das Gewinde von rechts nach links aufsteigen und ist daher ein linksgehendes. Lehnt man die Definition von der Rechts- bzw. Linksdrehung an diese präzisen Darstellungen an, so ist eine Unklarheit in der Bezeichnung der Stieldrehung kaum noch möglich.

Schirmer konnte an zwei besonderen Fällen (Dermoidzysten) die gesetzmäßige, und zwar im Sinne des Küstnerschen Gesetzes verlaufene Torsion genauer beobachten. Im ersteren Falle (großes Dermoid) war die Stieldrehung akut im Verlaufe eines oder nur weniger Tage entstanden. Nach der Meinung Schirmers erfolgt der Beginn der Torsion durch das Vornüberfallen des Tumors bei der normalen Wanderung aus dem kleinen Becken. Diese geringe Torsion, die meistens nur etwa 90° zu betragen pflege, dürfte für gewöhnlich schon lange bestanden haben, bis irgendwelche Ursachen diesen normalen Zustand zu einem pathologischen machen. In diesen Fällen ist, wie auch in dem vorliegenden, wo andere Ursachen (Trauma, Bauchpresse) auszuschalten sind, besonders die Einwirkung des Darmes anzunehmen. Verf. gibt zu, daß allerdings in seinem Falle auch die Payrsche hämodynamische Torsionstheorie zur Erklärung herangezogen werden könne. Die Torsion erfolgte, wie schon erwähnt, im Sinne des Küstnerschen Gesetzes. In einem zweiten Falle zeigte sich auf der einen Seite eine isolierte Drehung der Tube, an deren Fimbrienende ein zystischer Tumor saß, auf der anderen Seite ein stielgedrehtes Dermoid. Der linkssitzende Tumor, das Dermoid, war rechtsspiralig, die rechtssitzende Tube linksspiralig torquiert; beide Drehungen waren also auch im Sinne des genannten Gesetzes erfolgt.

In einer umfangreicheren Arbeit Jollys werden an der Hand von zwei in der Olshausenschen Klinik beobachteten Fällen von Ovarialtumoren ebenfalls die Ursachen der Stieldrehung dieser Geschwülste und die eingeschlagenen Drehungsrichtungen erörtert. Er faßt seine Meinung über den Vorgang der Torsion dahin zusammen: Jeder wachsende Ovarialtumor zeigt die Neigung, sich nach der Mitte des Beckens auszudehnen, da er dort den geringsten Widerstand findet. Wächst er von Anfang an zentral, so braucht er daher seine Lage im Becken nicht zu ändern; wächst er dagegen lateral, so kollidiert er bald mit der Beckenwand und wird proportional zu einer Kraft, die seiner Volumenzunahme entspricht, nach dem Orte des geringeren Widerstandes abgelenkt. Da der Tumor an einer Achse befestigt ist, so führt jede Lageveränderung zu einer Drehung um diese. Diese Drehung ist eine Kreiseldrehung, aber nicht eine solche um die quere Achse. Die Drehungsrichtung des Tumors ist von seiner Achse und dem freien Pole der Geschwulst abhängig. Liegt die Achse vorn, so dreht sich der Tumor hinten herum in Supination, liegt sie hinten, so erfolgt die Torsion nach vorn in Pronation. Die treibende Kraft der Stieldrehung ist lediglich in der Zunahme des Volumens des wachsenden Tumors, der Drehungsmodus in der Art seiner Entwicklung zu suchen.

Leriche, der einen der selteneren Fälle von Stieldrehung einer intraligamentär entwickelten Zyste beschreibt, glaubt die Ursachen der Torsion dieser Art Geschwülste auf entzündlich-adhäsive Vorgänge zurückführen zu müssen. Eine präzise Diagnose dieser Fälle, deren Vorkommen übrigens nach seinen Beobachtungen in letzter Zeit eine plötzliche Steigerung erfahren habe, sei nicht leicht zu stellen.

Den Fall einer intraovariellen Stieltorsion berichtet Goullioud: Eine Ovarialzyste von der Größe eines Kinderkopfes, die von einem schotenartig ausgezogenen Ovarium entstanden war, zeigte einen gedrehten Stiel, dessen Torsionsstelle sich inmitten des gesund gebliebenen Eierstockgewebes befand.

v. Holst demonstrierte in der Gynaekologischen Gesellschaft zu Dresden das Präparat eines kindskopfgroßen Kystoms mit zugehöriger, außerordentlich hypertrophischer Tube. Diese der linken Seite entsprechenden, langgestielten Adnexe, die jedoch nach rechts verlagert waren, zeigten infolge von Stieldrehung eine

beginnende Gangräneszierung (blauschwarze Verfärbung). Bei dem kollabierten Aussehen und septischen Erscheinungen der Pat. (Fieber, fadenförmiger Puls, Kostalatmen) mußte an eine exsudative Perforationsperitonitis, vom Wurmfortsatz ausgehend, gedacht werden. Nach der Operation schwanden sämtliche bedrohlichen Erscheinungen.

Zwei Fälle von Stieldrehungen parovarialer Zysten teilt Seitz mit. Interessant war in dem einen derselben, daß die Torsion zu einer Teilung der Zyste geführt hatte. Die Stieldrehung dieser Zysten ist ein immerhin seltenes Vorkommnis, die klinischen Erscheinungen der Torsion sind hierbei infolge der Breite des Stieles weniger intensiv.

Die Literatur der sog. „freien" Ovarien und Ovarialkystome, Fälle, in denen zahlreiche Anfälle von Stieltorsion durch Thrombosierung der Gefäße eine Nekrose des Stieles und damit ein Ablösen des Ovariums bzw. des Tumors herbeigeführt haben, wird durch zwei weitere Mitteilungen bereichert. Melville fand gelegentlich der Autopsie eines 10jährigen Kindes im Douglas einen freiliegenden, harten Tumor ohne jede Verbindung mit der Umgebung, ohne Spur eines Reizzustandes des Peritoneums. Auch sonst war keine Veränderung an den Beckenorganen zu entdecken, dagegen fehlte das linke Ovarium an seiner Stelle, das rechte war unverhältnismäßig groß (1 : $^3/_5$: $^1/_4$ Zoll). Der Körper des Tumors war glatt und glänzend, kaffeebraun, bestand aus einer Kapsel und einem halbsoliden, brüchigen Inhalt von granulärem, strukturlosem Bau. Die Kapsel zeigte einfache fibrilläre Struktur, an der Innenseite haftet der Tumorinhalt mehr oder weniger fest an. Verf. vermutet, daß es sich hier um Abknickung und Nekrose des stark vergrößerten linken Ovariums handelt, welches dann als aseptischer Körper liegen geblieben ist, ohne irgendwelche Reizerscheinungen hervorzurufen.

In dem zweiten Falle, den Pollosson beschreibt, wurde bei einer 50jährigen Frau, die stets über starke Schmerzen im Leib geklagt hatte, durch Laparotomie eine Ovarialzyste entfernt, die, einkammerig, eine dicke, zähe, kautschukartige Masse enthielt. Adhäsionen an der vorderen Bauchwand und mehrfach am Epiploon; weitere sehr dünne und zarte zeigten sich bei der Entfernung der Zyste am unteren Pole derselben. Von einem Stiele beziehungsweise Stielrest war nichts zu entdecken. Die linken Adnexe waren intakt, rechts fehlte das Ovarium. Der Tumor, von letzterem aller Wahrscheinlichkeit nach ausgehend, war durch Stieltorsion abgeschnürt worden.

Nächst den Fragen der Stieldrehung und ihren Folgeerscheinungen sind es besonders solche der Genese der zystischen Degeneration der Ovarien, die eine mehrfache Bearbeitung erfahren haben.

So macht Vautrin in einer längeren Abhandlung darauf aufmerksam, daß in den Resten der bei vaginalen Operationen zurückgelassenen, entzündlich veränderten Ovarien sowie auch in zurückgelassenen ganzen Ovarien häufig zystische Degenerationen auftreten. Er selbst berichtet über zwei eigene Fälle, in denen nach vollständiger Entleerung des Eiters der Adnextumoren (durch Kolpotomie) später eine zystische Degeneration der Ovarien folgte. Es werden des weiteren eine Reihe ähnlicher Fälle aus der Literatur aufgeführt, in denen gleichfalls infolge Zystenbildung eine zweite Operation nötig wurde. Unter diesen werden zwei Beispiele hervorgehoben, in denen sogar die bei dem ersten Eingriff makroskopisch als völlig gesund befundenen Ovarien in kurzer Zeit zystisch degenerierten. Man hat demnach kein sichtbares Erkennungszeichen, ob das Ovarium bei Entzündungsvorgängen in der Umgebung bereits infiziert ist oder nicht. Verf. führt also die zystische Degenera-

tion dieser Organe auf einen entzündlichen Ursprung zurück. Er stellt daher die Forderung auf, daß bei chronischen Entzündungserscheinungen beider Adnexe die abdominale Kastration als das bei weitem beste und sicherste Verfahren auszuführen sei, zumal bei Eintritt zystischer Degeneration der Ovarien eben auf Grund dieser Genese die Tumoren stets innerhalb entzündlicher Adhäsionen liegen, so daß eine zweite Operation immer schwieriger sich gestalten dürfte. (Fortsetzung folgt.)

Vereinsberichte.

Wissenschaftliche Gesellschaft deutscher Ärzte in Böhmen. Sitzung vom 23. Jänner 1907.

Dr. Garkisch berichtet über einen Fall von Tuberkulose der Portio vaginalis.

28jährig, nie menstruiert, seit $2^1/_2$ Jahren verheiratet, nie geboren, nie abortiert. Fluor seit dem 15. Lebensjahre, seit 3 Monaten Kreuzschmerzen und leichte Blutungen post coitum. Frau und Mann sind hereditär nicht belastet. Im MM. hanfkorngroßer Polyp, der sich als tuberkulös herausstellt. Vaginale Radikaloperation; beide Tuben mit käsigem Inhalt, ebenso Zervix- und Korpusschleimhaut tuberkulös. Tuberkelbazillen nachgewiesen. Garkisch rechnet den Fall, trotzdem sich klinisch sonst keine tuberkulöse Affektion nachweisen ließ, nicht zu den primären und weist auf die Hypoplasie des Uterus als begünstigendes Moment hin.

Sitzung vom 13. Februar 1907.

Prof. v. Franqué demonstriert eine Reihe von Fällen von Genitaltuberkulose, besonders vom diagnostischen Standpunkte. Der Tastbefund, ja selbst die Betrachtung der Präparate zeigt die größte Ähnlichkeit bei Tuberkulose und Karzinom der Tuben. Die richtige Diagnose ergab sich aus dem Alter der Kranken; Jugend spricht für Tuberkulose; höheres Alter für Karzinom. Der Nachweis der Tuberkelbazillen läßt meist im Stich. Sehr für Tuberkulose der Tuben spricht gleichzeitiger Aszites, wofür 2 Präparate vorgewiesen werden.

Mehrfach ist die hohe Lage der tuberkulösen Tubentumoren aufgefallen, was vielleicht mit mangelhaftem Deszensus und Infantilismus zusammenhängt. Das Tuberkulin, das besonders von Birnbaum sowohl zur Therapie als zur Diagnose empfohlen wurde, wird von Franqué besonders zu letzterem Zwecke empfohlen, da tuberkulöse Prozesse lieber früher operiert werden sollen, während bei nicht tuberkulösen Salpingitiden die Operation besser hinausgeschoben wird.

Sitzung vom 8. Mai 1907.

Prof. Kleinhanns demonstriert einen präperitonealen Tumor, den Prof. v. Franqué operiert hatte. Der Tumor war zwischen Nabel und Blase gesessen und es wurde bei der Operation der Blasenscheitel eröffnet. Er war dickwandig, sanduhrförmig, mit schleimig gallertigem Inhalt, so daß er bei oberflächlicher Betrachtung für eine Urachuszyste angesehen werden konnte. Die von Kleinhanns ausgeführte mikroskopische Untersuchung widersprach dieser Annahme. Das Epithel sah dem Darmepithel ähnlich, war hochzylindrisch, mit Becher- und Schleimzellen, so daß Kleinhanns geneigt ist, die Zyste vom Dottergang abzuleiten.

Sitzung vom 29. Mai 1907.

v. Franqué berichtet über Fälle von Nekrose und Vereiterung von Myomen.

Ein Fall von Durchbruch nekrotischer Fetzen in die Uterushöhle und durch den Muttermund in die Scheide. Am Vorabend der Operation Entfernung der nekrotischen Massen und Formalindesinfektion. Vernähung des MM. und abdominale Totalexstirpation. Heilung nach beiderseitiger Schenkelthrombose.

Zwei Fälle von Totalnekrose des Myoms. Im ersten Sprengung der Geschwulstkapsel durch Kontraktionen, so daß die in der Bauchhöhle freiliegende Geschwulst mit Darmschlingen verwuchs. Subfebrile Temperaturen, die v. Franqué in diesem und in einem vierten Falle, wo der Tumor ganz abgekapselt war und keine Berührung mit der Uterusinnenfläche oder Darmschlingen hatte, antraf, führt er auf Zersetzungsprodukte chemischer Natur zurück.

Ein Fall von Vereiterung des Myoms betraf eine Frau in der Menopause, die durch vier Wochen intermittierendes Fieber gehabt hatte. Totalexstirpation. Der Abszeß enthielt 3 *l* Eiter und zeigt in seinem Grunde ein zweifaustgroßes Myom, das nur an der gegen die Eiterhöhle gerichteten Fläche nekrotisch war. v. Franqué warnt vor Anhaken weicher Myome.

Sitzung vom 12. Juni 1907.

Dr. Groß berichtet über multiple gutartige Geschwülste der Vulva. Bei einer 43 Jahre alten Frau entstanden im Laufe von 10 Jahren mehrere erbsen- bis kirschkerngroße Knötchen von mattgrauer Farbe, einzelne auch pigmentiert. Sie erwiesen sich als Adenome, deren Abstammung von Schweißdrüsen nicht ganz sicher nachweisbar, aber doch sehr wahrscheinlich war.

v. Franqué berichtet über 208 Myomoperationen in den letzten vier Jahren. Im ganzen 10 Todesfälle gleich 4·8%. Die sämtlichen abdominalen Operationen ergaben zirka 3%; die sämtlichen vaginalen zirka 9% Mortalität. Die 47 abdominalen Totalexstirpationen und die 14 vaginalen mit Medianspaltung nach Doederlein 0% Mortalität. Trotzdem übt Franqué die supravaginale Amputation am häufigsten aus, während er für die Totalexstirpation besondere Indikation verlangt. Seine guten Erfolge bei letzterer bezieht er auf die primäre Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes, bei welcher sich die Infektion der Bauchhöhle von Seite der Scheide leichter vermeiden lasse. 3 Embolientodesfälle betrafen ausschließlich Privatkranke. Eine weitere Besserung der Erfolge erwartet v. Franqué durch die Spinalanalgesie. Die Operation ist anzuraten, sobald die Myome Symptome machen.

Garkisch demonstriert einen Fall von Uterusfibrom, kompliziert mit Karzinom der Korpusschleimhaut. Das Karzinom hatte sich zunächst gegen das Kollum entwickelt, so daß bei der Operation der Uterus abriß und die Operation nicht radikal beendet werden konnte. Das Karzinom war zuletzt auch in das Fibrom eingedrungen, und zwar auf dem Wege der Lymphbahnen. Die feinsten Lymphgefäße sind mit Karzinomzellen infiltriert, die ebenso wie große Mastzellen ein sarkomähnliches Bild geben.

Sitzung vom 20. November 1907.

Prof. Kleinhanns stellt eine Frau vor mit leicht asymmetrischem, allgemein verengtem Becken mit Konjugata von 8 *cm*. Erste Entbindung mit Perforation, zweite bei vorliegender Nabelschnur und Querlage mit Hebosteotomie und Wendung beendet. Das Kind wurde nicht gerettet. Ein Jahr später, als Pat. in ganz ähnlicher geburtshilflicher Situation zur Klinik kam, beschloß Kleinhanns, die Geburt in Kopflage zu beenden. Er ging von dem Gedanken aus, daß bei normalem Becken die Kopflage für das Kind günstiger sei und daß die Hebosteomie das Becken temporär zu einem normalen mache. Bei eröffnetem MM. Reposition der Nabelschnur, Wendung auf den Kopf. Hebosteotomie. Abwarten der spontanen Geburt. Kind vollkommen lebensfrisch. Demonstration der Röntgenbilder. Doz. W. Fischel-Prag.

Aus französischen wissenschaftlichen Gesellschaften.

Bulletin de la Société d'obstétrique de Paris, Nr. 5 und 6.

Remarques sur quelques cas de gémellité, P. Bar. Bei Versuchen über die künstliche Erzeugung von Mißbildungen an Hühnereiern gewann Bar durch häufige schwache Erschütterungen einer Metallplatte, auf der das Ei mit seiner Spitze fixiert war, folgendes interessante Präparat: Die Zona pellucida eines 72 Stunden bebrüteten Eies ist in zwei Hälften geteilt, in der einen liegen 3 Embryonen und in der zweiten ein größerer, der wahrscheinlich aus zwei mit den Extremitäten verwachsenen Früchten besteht. Die Früchte sind ausgesprochen radiär gelagert.

Asymmetrien bei den von Schatz zuerst beschriebenen intraplazentaren Anastomosen eineiiger Zwillinge haben nur geringen Einfluß auf die Entwicklung der Früchte. Man kann Polyhydramnios auf der Seite des am geringsten entwickelten Fötus beobachten, und als Hauptursache dafür ist eine Polyurie des Fötus anzusehen. Letztere wiederum ist an eine größere Entwicklung des Herzens der Frucht und hauptsächlich der Ventrikel gebunden. Das oft vorhandene Ödem des polyhydramniotischen Fötus ist auf verstärkten Zufluß und relativ verminderte Nierentätigkeit zurückzuführen. Manchmal ist auch der Fötus mit dem geringsten Fruchtwasser ödematös, und in

diesen Fällen ist eine Umkehrung des Stromes in den Anastomosen, wie sie z. B. als Folge plötzlicher Druckherabsetzung im Gebiet des polyhydramniotischen Fötus eintreten kann, anzusehen.

Marche et intensité de l'albuminurie dans l'éclampsie puerpérale, par P. Bar et Daunay. Bei stündlich vorgenommenen Urinuntersuchungen in Fällen von Eklampsie fanden Verff. ein Steigen der Eiweißmenge vor, und ein Sinken derselben nach dem Anfall, besonders bei den nicht tödlich verlaufenden Fällen. In vier Fällen fand sich überhaupt kein Albumen vor dem Anfall, während nach dem Anfall 0·4—8% beobachtet wurden.

De la crise uratique postéclamptique. Sa signification, par P. Bar et Daunay. Im Anschluß an die eklamptischen Anfälle ist die Uratausscheidung im Urin beträchtlich gesteigert. Verff. fanden in einem Falle das Dreieinhalbfache der Norm pro Stunde und sehen die Ursache in dem unter dem Einflusse des Eklampsiegiftes entstehenden Zellzerfall und Freiwerden von großen Nukleinmengen. Derselbe Vorgang wird auch im Anschluß an gewisse epileptische Anfälle beobachtet.

Paralysie des muscles fléchisseurs de la tête consécutive à une présentation de la face, par M. Jeannin. Im Anschluß an eine rasch verlaufende Geburt in Gesichtslage entstand eine Lähmung der Beugemuskeln des Halses, die bis zu dem im 6. Monat erfolgten Tode des Kindes nicht geschwunden war.

Présentation d'un foetus exencéphale, par M. Maigrier. Ausgetragene Frucht mit verkümmertem und teilweise bloßliegendem Gehirn. Als Ursache der Mißbildung findet sich das Amnion in ausgedehnter Weise mit Schädeldach und Gehirn verwachsen.

Mort du foetus pendant le travail par hémorrhagie consécutive à la déchirure d'un vaisseau ombilical, par Maigrier. III-para, am Ende der Gravidität tritt plötzlich eine starke Blutung auf. Keine Öffnung, keine Placenta praevia, Herztöne stark verlangsamt. Nach einigen Stunden wird die Frucht spontan und tot geboren. Das Fruchtwasser war ohne Blutbeimischung. Als Ursache des Fruchttodes und der Blutung fand sich folgendes: Tiefer Sitz der Plazenta, velamentöse Insertion der Nabelschnur, Ruptur des Chorion allein und Zerreißen eines großen Nabelschnurgefäßes mit Blutung nach außen.

Valeur douteuse au point de vue pathogénique des lacérations observées chez les foetus abortifs, par Tissier. In einem Falle zugestandener Abtreibung fand Tissier an einer in Steißlage geborenen, 150 *g* schweren Frucht eine blutige Infiltration am Oberschenkel und die bedeckende Haut darüber zerrissen. Die Verletzung wird als spontan entstanden und nicht als Folge der Abtreibungsmanipulationen angesehen. Tissier weist darauf hin, daß man in gerichtlichen Fällen äußerste Vorsicht walten lassen müsse, da viele Verletzungen die Folge der Einwirkung des Geburtsvorganges auf die sehr zerreißlichen Gewebe der Embryonen seien.

In der Diskussion erwähnt Bonnaire eine ganz analoge Verletzung der Frucht bei einem sicher nicht kriminellen Abort. Er konnte die Verletzungen auch künstlich erzeugen, indem er frisch tote Föten mit leichtem Druck durch die in der Form der Uterushöhle zusammengelegten Hände preßte. Boissard lehnt die Entstehung der spontanen Verletzungen als äußerst selten ab und hält auch die Versuche von Bonnaire nicht für entscheidend.

Accès éclamptiformes répétés chez une femme en travail, par Pottet et de Kervily. Eine II-para am Ende der Gravidität hat in 5 Stunden 20 den eklamptischen völlig gleichende Anfälle. In den Pausen ist sie benommen. Im Urin Albumen. Bei der Sektion finden sich Niere und Leber normal, dagegen im rechten Frontallappen ein nußgroßes Gliom.

Bulletin de la Société Belge de Gynécologie, T. 18, N. 1.

Le babeurre dans le traitement des gastro-enterites chez le nourrison, par A. Weymeersch. Resultate der Behandlung von 21 Fällen von akuter und chronischer Enteritis der Säuglinge mit kondensierter Buttermilch. In 2 Fällen, in denen die Erscheinungen von seiten des Magens im Vordergrund standen, Mißerfolg, sonst auch in alten und verschleppten Fällen sehr gute Resultate.

Accouchement forcé au moyen du dilatateur de Bossi dans le cas d'éclampsie, par R. Schockaert. Schockaert entbindet bei eklamptischen Mehrgebärenden stets sofort und wendet bei nicht erweitertem Muttermund das Bonnairesche

Verfahren (manuelle Dilatation) an. Bei Erstgebärenden in leichten Fällen interne Behandlung, in schweren sofortige Entbindung. Er verwendet bei nicht erweitertem Muttermund das Bossische Instrument und verwirft alle schneidenden Operationen. 3 Fälle mit gutem Ausgang für die Mutter.

Sur la prétendue menstruation des femmes pendant la grossesse, par J. Descamps. Descamps leugnet das Wiederauftreten der Regel nach eingetretener Schwangerschaft. In den beschriebenen Fällen handelt es sich um Blutungen aus anderen Ursachen, Erkrankungen der Vagina, Portio und der Zervix.

G. Brunet-Magdeburg.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Gynaekologie.

Heidenhain, Zwei kleine Beiträge zur Technik des Bauchschnittes. Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 2.

Okintschitz, Über die Verwendung der entfernbaren Etagennaht mit Bronce-Aluminiumdraht. Ebenda.

Macdonald, The Pathological Changes affecting the Endometrium. The Journ. of Obstetr. and Gyn. of the Brit. Emp., 1908, Nr. 1.

Schmincke, Der Einfluß der Moorbäder auf die Zirkulationsorgane. Münchener med. Wochenschr., 1908, Nr. 2.

Neter, Zur Pathogenese des Fluor albus. Ebenda.

Lohbser, Implantationsgeschwülste der Bauchdecken nach Ovariotomien. Inaug.-Diss., Berlin Dezember 1907.

Hörrmann, Was leistet die konservative Behandlung bei entzündlichen Erkrankungen der Adnexe und des Beckenbindegewebes. Med. Klinik, 1908, Nr. 3.

Martin, Über die Behandlung des Gebärmutterkrebses mit besonderer Berücksichtigung des inoperablen. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 3.

Derselbe, Zur Genitaltuberkulose. Berliner klin. Wochenschr., 1908, Nr. 3.

Hitschmann und Adler, Der Bau der Uterusschleimhaut des geschlechtsreifen Weibes mit besonderer Berücksichtigung der Menstruation. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol., Bd. XXVII, Nr. 1.

Hellendall, Über ein aus dem lateralen Teil des Ovariums hervorgegangenes Fibrosarkom. Ebenda.

Puppel, Seltene Beobachtung eines Adenocarcinoma papillare et gelatinosum der weiblichen Urethra. Ebenda.

Albrecht, Die Geschwülste des weiblichen Genitaltraktus in ihrer Bedeutung für die allgemeine Geschwulstlehre, insbesondere für die Frage der relativen Malignität. Frankfurter Zeitschr. f. Pathol., Bd. I, H. 3/4.

Moszkowicz, Eine neue Lappenplastik bei Vesico-Vaginalfisteln. Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 3.

Wille, Mechanische Assistenten. Ebenda.

Fillassier, Esistono case infette dal cancro? La Clinica Ostetrica, 1908, Nr. 1.

Grosse, Die Asepsis der Rückenmarksanästhesie. Der Frauenarzt, 1908, Nr. 1.

Mirto, Fistola vesico-vaginale, associata ad echinococco del legamento largo di destra. Annali di Ostetr. e Ginecol., Anno XXIX, Nr. 12.

Mangiagalli, Le emorrhagie ostetriche. L'Arte Ostetr., Anno XXII, Nr. 1 ff.

Nové-Josserand et Cotte, L'épispadias féminin et son traitement chirurgical. Revue de Gyn., XI, Nr. 6.

Dupuy et Rullier, Remarques sur la symptomatologie et la nature du sclérème genitoanorectal (estiomène de la vulve). Ebenda.

Jayle, Étude statistique d'une série continue de 500 cas de laparotomie. Ebenda.

Schumann, A Study of Pseudomyxoma Peritonei. Surg., Gyn. and Obstetr., 1908, Nr. 1.

Mc Donald, Laceration of the Perineum. Ebenda.

Durlacher, Ziele und Wege des Unterrichtes in der Frauenheilkunde. Münchener med. Wochenschr., 1908, Nr. 3.

v. Franqué, Schlußwort hierzu. Ebenda.

Holzbach, 80 Lumbalanästhesien ohne Versager. Ebenda.

Bierhoff, On the Abortive Treatment of Gonorrhoea in the Female. New York Med. Journ., 1908, Nr. 2.

Geburtshilfe.

Olshausen, Zur Ätiologie der Retroflexio uteri puerperalis. Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 1.
Lerda, Eine chirurgische Behandlung der Beckenstenose. Ebenda.
Fehling, Die operative Geburtshilfe der Praxis und Klinik. J. F. Bergmann, Wiesbaden 1908.
Rohlff, Bossi und Kolpeurynter in der Hand des praktischen Arztes. Therap. Rundschau, 1908, Nr. 1.
v. Winckel, Die Behandlung der Nachgeburtsperiode. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 2.
Child, Tubal Twin Pregnancy. The Journ. of the Amer. med. association, Vol. XLIX, Nr. 26.
Büttner, Mecklenburg-Schwerins Geburtshilfe im Jahre 1904. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. LXI, H. 2.
Hofbauer, Beiträge zur Ätiologie und zur Klinik der Graviditätstoxikosen. Ebenda.
Cramer, Eine seltene Einklemmung des graviden Uterus. Ebenda.
Prinzing, Die Häufigkeit der eineiigen Zwillinge nach dem Alter der Mutter und nach der Geburtenfolge. Ebenda.
Döderlein, Die neue Bewegung in der Geburtshilfe. Die Therapie der Gegenwart, 1908, H. 1.
Liepmann, Die puerperale Pyämie und ihre Behandlung. Therap. Monatsh., 1908, H. 1.
Mandelstamm, Zur Behandlung der Frühstadien der Extrauteringravidität. Volkmanns Samml. klin. Vortr., Nr. 172.
Gutiérrez, Tratamiento de la placenta previa. Revista de Medic. y Cirurg. Práticas, 1908, Nr. 1.
Herzfeld, Praktische Geburtshilfe. 2. Aufl. Deuticke, Wien 1907.
Rezza, Sull' assistenza al puerperio. Lucina, 1908, Nr. 1.
Calderini, Operazione per allargare il bacino. Ebenda.
Falgowski, Nierendekapsulation bei puerperaler Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 2.
Jardine, A Case of Osteo-Malacia treated by Caesarean Section at Full Time, with Removal of the Uterus and the Ovaries. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp., 1908, Nr. 1.
Derselbe, A Case of Prolonged High Temperature during Pregnancy with other symptoms of Toxaemia. Ebenda.
David, Endoscopie de l'utérus après l'avortement et dans les suites de couches normales et pathologiques. Bull. de la Soc. d'Obstétr. de Paris, 1907, Nr. 10.
Boissard, Inversion utérine totale spontanée après l'accouchement. Reduction manuelle. Ebenda.
Durante et Burnier, Infection umbilicale latente avec localisations septiques secondaires multiples. Ebenda.
Durante, Contribution à l'étude du foie dans l'infection ombilicale. Ebenda.
Maygrier et Metzger, Insertion basse d'un placenta irregulièrement conformé. Ebenda.
Pottet et Tchebotarewsky, Cas de dystocie par syphilome du rectum. Ebenda.
Schreiber, Anomalies du travail au cours d'une maladie de Friedreich. Ebenda.
Decker, Über einen Fall von Hydramnion bei eineiigen Zwillingen. Inaug.-Diss., Berlin, Dezember 1907.
Weisbein, Beiträge zur Behandlung der Placenta praevia mittelst vaginalen Kaiserschnittes. Ebenda.
Hennig, Ein Fall von Geburtshindernis infolge von beiderseitiger kongenitaler Zystenniere. Inaug.-Diss., Halle, Dezember 1907.
Schneider, Ein Fall von Pyometra senilis. Inaug.-Diss., Heidelberg, Dezember 1907.
Frey, Zur Diagnose und Symptomatik der Extrauteringravidität. Ebenda.
Maude, Sudden and Complete Inversion of the Uterus. The Lancet, Nr. 4402.
Fox, On Blood Coagulability in the Puerperal State. Ebenda.
Immel, Über gleichzeitige Schwangerschaft innerhalb und außerhalb der Gebärmutter. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXVII, H. 1.
Schwab, Zur Wiederbelebung scheintot geborener Kinder durch Schultzesche Schwingungen. Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 3.
La Torre, La decapsulatione e la nefrotomia nella cura dell' eclampsia puerperale. La Clinica Ostetrica, 1908, F. 1.
Stolz, Geburtshilfliche Instrumente. Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 4.
Gigli, Il taglio lateralizzato del pube nelle infezioni genitali. La Ginecologia Moderna, I, Fasc. 1.
Bossi, L'Influenza delle capsule surrenali sull' ossificazione dello scheletro. Ebenda.
Montuoro, Intorno alla pretesa influenza del tabagismo sulla gravidanza. Ebenda.
Stillwagen, The Treatment of Terminated Ectopic Pregnancy. The Amer. Journ. of Obst., January 1908.

Ladinski, Extra-Uterine Pregnancy. Ebenda.
Flint, Management of the Puerperium, from a Surgical Standpoint. Ebenda.
Dorman, Care of the Patient in the Puerperium. Ebenda.
Marx, Treatment of the Puerperium. Ebenda.
Sirtori, Di alcune vedute intorno alla patogenesi della mola emoematosa dell' utero. Annali di Ostetr. e Gin., Anno XXIX, Nr. 12.
Ferroni, Cura dell' infezione puerperale. L'Arte Ostetr., Anno XXII, Nr. 1.
Fromme, Über extraperitonealen Kaiserschnitt. Berliner klin. Wochenschr., 1908, Nr. 4.
Freund, Über Placenta praevia. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 4.
Bohnstedt, Über die Serumbehandlung der puerperalen Sepsis. St. Petersburger med. Wochenschr., 1907, Nr. 52.
Goldsborough, The Maternal Mortality in the First 5000 Obstetrical Cases at the Johns Hopkins Hospital. Bull. of the Johns Hopkins Hosp., Nr. 202.
Ruppert, Über die Hebosteotomie. Die Heilkunde, 1908, H. 1.
Lengyel, Über eine seltene Zwillingsgeburt. Budapesti Orvosi Ujság, 1907, Nr. 47.
Pozsonyi, Über Pyelitis bei Schwangeren. Orvosok Lapja, 1907, Nr. 51.
Rotter, Karzinom und Schwangerschaft. Budapesti Orvosi Ujság. Szülészet és Nágyógyászat, 1907, Nr. 50.
Politzer, Interstitielle Schwangerschaft. Ebenda.
Rosenberger, Mit Aronsonschem Serum behandelte Fälle von Sepsis. Ebenda.
Barla-Szabó, Zwei interessante Fälle von Extrauterinschwangerschaft. Ebenda.
Rotter, Sectio caesarea abdominalis nach Ventrifixation. Gyógyászat, 1907, Nr. 51.
Wenczel, Über das Chorioepitheliom. Orvosi Hetilap, 1907, Nr. 48.

Aus Grenzgebieten.

Jardine, A Case of Cerebral Haemorrhage during Pregnancy. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp., 1908, Nr. 1.
Macé, Présentation d'un foetus atteint de malformations de la tête. Bull. de la Soc. d'Obstétr. de Paris, 1907, Nr. 10.
Maygrier, Présentation d'un monstre symèle. Ebenda.
Holzbach, Die intrauterin erworbene Ophthalmoblennorrhöe des Neugeborenen. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXVII, H. 1.
Taylor, The Role of the Gonococcus in Disease. The Amer. Journ. of Obstetr., Jan. 1908.
Opocher, Ricerche sul glicogene placentare. Annali di Ostetr. e Gin., Anno XXIX, Nr. 12.
Winkler, Die Oxydasereaktion im gonorrhoischen Eiter. Folia haematologica, Bd. V, Nr. 1.

Personalien und Notizen.

(Personalien.) Der Vorschlag für die Prager Lehrkanzel, die durch Berufung des Professors v. Franqué nach Gießen vakant geworden, lautet: Primo loco Professor E. Wertheim in Wien und Professor v. Herff in Basel; secundo loco Professor Kleinhanns in Prag und Dozent Dr. Josef Halban in Wien. — Professor Dr. Ph. Jung, Direktor der Universitätsfrauenklinik in Erlangen, ist dem Herausgeberkreise der Gynaekologischen Rundschau beigetreten. — **Ernannt:** Der außerordentliche Professor an der medizinischen Fakultät zu Cagliari Dr. Fr. Caruso zum außerordentlichen Professor der Geburtshilfe und Gynaekologie in Catania. — **Verliehen:** Der Titel „Professor" dem Privatdozenten Dr. Siegmund Gottschalk in Berlin. — Der Titel „Professor" dem Privatdozenten und Oberarzt an der Frauenklinik und Poliklinik der Universität Königsberg i. Pr. Dr. Sigfried Hammerschlag. — **Gestorben:** Dr. Richard Douglas, ehemaliger Professor der Gynaekologie an der Vanderbilt-University zu Nashville.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: **Dr. Oskar Frankl.**

Herausgeber, Eigentümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg.**

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

GYNAEKOLOGISCHE RUNDSCHAU.

ZENTRALORGAN
FÜR
GEBURTSHILFE UND FRAUENKRANKHEITEN.

II. Jahrg. **1908.** **9. Heft.**

Original-Artikel.

Aus der großherzoglichen Universitäts-Frauenklinik in Gießen (Direktor: Prof. O. v. Franqué).

Beiderseitige Hydrosalpinx mit vollständig durchgängigem Tubenlumen, offenem abdominalen und uterinen Tubenostium bei Pseudomyxoma peritonei. Zugleich ein Beitrag zur sekundären Pseudomyxomerkrankung des Ovariums.

Von Dr. **Anton Sitzenfrey,** Assistent der Klinik.

(Mit 4 Abbildungen.)

Nach der Definition von F. Kleinhans bezeichnen wir als Hydrosalpinx jenen Zustand der erkrankten Tube, bei welchem unter vollkommenem Verschluß entweder der abdominellen Mündung allein, oder dieser und der uterinen eine stärkere Ansammlung seröser Flüssigkeit in der Tube und dadurch eine mehr weniger bedeutende Dilatation der letzteren, meist mit atrophischer Verdünnung der Wandung, vorliegt. In erster Linie ist, wie A. Martin und die Mehrzahl der Autoren, die dieser Frage auf dem Wege klinischer, pathologisch-anatomischer und experimenteller Forschung nachgegangen sind, betont haben, zur Bildung einer Hydrosalpinx ein Verschluß am abdominalen Tubenostium erforderlich. Dieser kann nach den Ausführungen A. Martins durch perisalpingitische Entzündungen sowohl an der Tube selbst als auch unter Mitwirkung des Ovariums, bzw. anderweitiger Nachbarorgane zustande kommen. Bei der typischen Verschlußform verwachsen die nach einwärts geschlagenen Fimbrien mit ihren Peritonealseiten. Martin konnte häufig bei Operationen, wofern noch frische Verklebungen vorlagen, letztere durch einen gelinde ausgeübten Druck sprengen und die Fimbrienenden wieder zur fast normalen Entfaltung bringen.

Sowie der Tubentrichter verschlossen ist, wird sich das Sekret der Tubenschleimhaut, das besonders reichlich in dem faltenreichen ampullären Tubenabschnitt gebildet wird, in diesem ansammeln und stauen. Hierzu ist es gar nicht notwendig, daß das Ostium uterinum der Tube gleichfalls vollständig verschlossen ist, etwa durch narbige Einschnürung oder Verwachsung. Schon normalerweise ist, wie diesbezügliche Experimente gezeigt haben, der Abfluß von in die Tube injizierter Flüssigkeit nach dem Uterus sehr erschwert, da der interstitielle Teil an und für sich eine sehr enge Lichtung besitzt und die mannigfachen Windungen und Knickungen der Tube weitere Hindernisse bedingen.

Schon Froriep unterschied bei der Hydrosalpinx zwei Formen, den Hydrops tubae Fallopii apertae, bei dem das Ostium uterinum des Eileiters offen, und den Hydrops

tubae Fallopii occlusae, bei dem es verschlossen ist. Der Verschluß der Tubenlichtung des interstitiellen Teiles kann übrigens vorübergehend durch Schwellung der Schleimhaut bedingt sein.

C. Menge hat in den meisten der von ihm untersuchten Hydrosalpinxpräparate keine anatomischen Anzeichen für die Annahme einer früher vorhanden gewesenen oder zur Zeit bestehenden Entzündung gefunden: nur in zwei Fällen, die eine exquisit gonorrhoische Anamnese hatten, sah er Hydrosalpingen mit stärker verdickten, entzündlich infiltrierten Wandungen. In allen Fällen konnte Menge perisalpingitische Veränderungen nachweisen, die zum Verschluß des abdominalen Tubenendes geführt haben; sie waren teils bakteriellen Ursprungs, teils resultierten sie aus kleineren oder größeren bakterienfreien intraperitonealen Blutergüssen, welche bei der Ovulation oder bei tubarem Abort zustande kamen. Auch durch Zirkulationsstörungen infolge von Druckwirkung eines vergrößerten Beckenorgans, so z. B. des myomatösen Uterus, können peritoneale Adhäsionsbildungen und damit Tubenverschluß herbeigeführt werden. Bei der „bakteriellen“ Hydrosalpinxbildung sind nicht Gonokokken, sondern pyogene Streptokokken, seltener Staphylokokken beteiligt. Wie Menge ausführt, müssen die Streptokokken keineswegs aus dem Uterus durch die Tuben an die Serosa gelangen; sie können vielmehr, ohne in die Tube selbst einzuwandern, auf dem Wege der Lymphbahnen vom Endometrium direkt auf das Peritoneum übergehen und eine zirkumskripte Pelveoperitonitis mit Tubenverschluß erzeugen. Auf diese Weise kommt es nach Menge zur Sekretansammlung in der anatomisch unveränderten Tube und weitershin zur Hydrosalpinxbildung. C. Gebhard subsumiert die Hydrosalpinx unter die zystischen Formen der Salpingitis. F. Kleinhans hat bezüglich der Entstehung der typischen Form des abdominalen Tubenverschlusses bei Hydrosalpinx auf Grund seiner ausgedehnten Untersuchungen den Eindruck gewonnen, „als ob der freie Rand der sich nach allen Richtungen vergrößernden Tube allmählich vorrücke und sich, ähnlich wie eine Manschette gegen die Fingerspitzen hin, über die Fimbrien schiebe.“ Eine ähnliche Ansicht vertritt auch A. Doran. Eine andere Erklärung des Einstülpungsmechanismus der Fimbrien, der durch Annäherung der äußeren peritonealen Überzüge der einzelnen Fransen deren Verklebung ermöglicht, hat Erich Opitz gegeben. Opitz stützt seine Erklärung auf das anatomische Verhalten des Peritoneums an der Grenze zwischen dem intraligamentären Teil der Tube und dem Fimbrienende. An dieser Stelle ist die Tube von einem verdickten Peritonealring umschlossen — sie erscheint „gewissermaßen durch ein Loch des Peritoneums hindurch gesteckt.“ Während die Pars intraligamentaria (C. Gebhard) des Eileiters mit dem Peritoneum durch lockeres Bindegewebe verbunden ist und sich ungehindert zwischen den Peritonealhüllen ausdehnen kann, ist der erwähnte Peritonealring, von dem die peritonealen Bedeckungen der einzelnen Fransen als frei endigende Zipfel ausgehen, nicht oder nur wenig ausdehnungsfähig. Bei entzündlichen Vorgängen werden daher die angeschwollenen Schleimhautfalten an der Stelle des Peritonealringes fest zusammengepreßt und dadurch das Tubenlumen verschlossen. Die nunmehr einsetzende Flüssigkeitsansammlung in der Pars ampullaris dehnt die Tubenwandungen in quer-zirkulärer und in der Längsrichtung aus. Die Folge der Ausdehnung des Eileiters in querer bzw. zirkulärer Richtung ist, daß die hohen, reich verzweigten Falten, die eine Ausdehnung des Tubenquerschnittes auf das Vielfache des ursprünglichen Umfanges ermöglichen, sich abflachen. Die Ausdehnung in der Tubenlängsrichtung hingegen, in welcher die Schleimhaut keine wesentlichen Faltenbildungen erkennen läßt, wird zur Folge haben, daß die Schleimhaut der Fimbrien durch den Peritonealring, der ja bisher nur durch Kompression der Schleimhautfalten

den Verschluß bewirkt hat, hereingezogen wird. Die Fimbrien „legen sich schließlich vor die Öffnung, so daß die peritonealen Überzüge der Fimbrien sich seitlich berühren und verkleben können". Damit ist der organische Verschluß des abdominalen Tubenostiums vollendet.

Ich habe die voranstehenden Ansichten über die Entstehung des Hydrosalpinx gebracht, weil ich dieselben teilweise zur Erklärung der nunmehr mitzuteilenden Beobachtung heranziehen werde. Letztere betrifft eine 36jährige Bauersfrau, die am 4. November 1907 in hiesiger Klinik aufgenommen wurde. Die Krankengeschichte lautet:

Anamnese. Die Regeln, die früher regelmäßig in 4wöchentlichen Intervallen eintraten, 5—6 Tage dauerten, mittelstark und schmerzlos waren, sind seit einigen Jahren unregelmäßig; sie erfolgen in 2-, 3- bis 4wöchentlichen Zwischenräumen, sind von stärkerer Intensität und mit Schmerzen im Unterleib verbunden. Letzte Periode vor 8 Tagen', vorletzte 7 Wochen früher. Die Frau hat 4mal normal zu Hause geboren; letzte Geburt vor 10 Jahren. Wochenbetten fieberfrei. Vor 8 Jahren ein Abort im 3. Schwangerschaftsmonat. Patientin war angeblich im 18. Lebensjahre herzleidend.

Seit Frühjahr 1907 bemerkt Patientin, daß der Unterleib an Umfang zunimmt; ursprünglich war eine Geschwulst in der Unterbauchgegend tastbar, die sich auch bei Körperbewegungen durch Änderung ihrer Lage bemerkbar machte. Patientin suchte deshalb einen Arzt auf, der eine Probepunktion ausführte; bei einer späteren Untersuchung soll die Geschwulst im Leib geplatzt sein. Anschließend an dieses Ereignis nahmen die Beschwerden zu, der Leibesumfang wurde immer stärker und das Bücken und Treppensteigen wurde der Patientin sehr beschwerlich. In letzter Zeit kamen noch Vorfallbeschwerden hinzu. Harnentleerung erschwert. Stuhlgang normal.

Befund: Patientin ist groß, kräftig gebaut, im mittleren Ernährungszustand. Herz normal; Herzaktion sehr beschleunigt. P. 120.

Abdomen stark vorgewölbt; Bauchdecken gespannt, alte und vereinzelte frische Striae aufweisend. Die Perkussion ergibt Dämpfung in der Unterbauchgegend und in der linken Flankengegend. Der Dämpfungsbezirk ist nach aufwärts durch eine Linie begrenzt, die von der Spina anterior sup. dext. oss. ilei in leicht nach unten konvexem Bogen zum Nabel und von da zum linken Rippenbogen zieht, den sie in der Mamillarlinie erreicht. Bei Lagewechsel kein ausgiebiger Schallwechsel.

Bei der Palpation hat man im Dämpfungsbereich das Gefühl der Fluktuation. Ein abgrenzbarer zystischer Tumor nicht tastbar; hingegen gelingt es, in der rechten Unterbauchgegend zeitweise einen derberen, anscheinend über mannsfaustgroßen Körper zu palpieren.

Äußeres Genitale einer Multipara. Alter, benarbter, inkompletter Scheidendammriß; Dammhöhe 3 *cm*. Vulva klaffend; aus ihr prolabiert hühnereigroß die vordere Vaginalwand, ebenso stark die hintere Wand. Vagina lang, weit, glatt. Portio gegen das Kreuzbein gerichtet, entsprechend groß, zylindrisch, derb; Muttermund quer. Corpus uteri anteflektiert, herabgedrängt, anscheinend größer, derb, in seiner Beweglichkeit etwas eingeschränkt. Das hintere Scheidengewölbe herabgedrängt durch eine weiche, elastische Masse. Das linke Ovarium vergrößert, nicht genau palpierbar. Rechts und zum Teil hinter dem Uterus die untere Kuppe einer höckerigen Geschwulst. Harn klar, sauer, frei von Eiweiß und Zucker.

Am 6. November 1907 wird von Herrn Prof. v. Franqué in Lumbalanästhesie die Köliotomie ausgeführt. Pfannenstielscher Faszienquerschnitt. Das uneröffnete Peritoneum, durch welches die gallertigen Massen der Bauchhöhle hindurchschimmern, sieht einer verdünnten Zystenwand täuschend ähnlich.

Nach Durchtrennung des Peritoneums ergibt sich, daß der ganze freie Bauchraum mit Gallertmassen erfüllt ist. Sie füllen den Douglasschen Raum, die abhängigen Partien der Weichen aus und bedecken alle Darmschlingen, von welchen sie auch nicht restlos zu entfernen sind. Die Serosa ist allenthalben verdickt, mit zahlreichen Knötchen und Bindegewebs-

sprossen bedeckt. Das Netz ist stark geschrumpft, bis daumendick und ebenfalls von kleinsten Zystchen durchsetzt. Nach Ausschöpfung der Gallertmassen wird der vom rechten Ovarium ausgehende kindskopfgroße zystische Tumor sichtbar, der an seiner Vorderfläche eine thalergroße, alte, runde Rupturöffnung zeigt, aus der gallertige Massen hervorquellen. Seine Oberfläche ist mit einer Anzahl kleinerer, zum Teil geplatzter Zystchen besetzt, die gleichfalls einen gallertigen Inhalt aufweisen. Beim Herausheben der Geschwulst reißt ihre Wandung mehrfach ein. Die rechte Tube, in der Pars ampullaris kleinfingerdick, ist von Gallertmassen umschlossen, die namentlich im Tubentrichter fest haften. Abtragen der Ovarialgeschwulst samt Tube nach Unterbindung mit 3 Catgutligaturen.

Auch die linken Adnexe sind von einer gelatinösen Masse bedeckt und werden ebenfalls exstirpiert.

Im Douglasschen Raum befinden sich entsprechend dem bei der Untersuchung gefühlten Befund Implantationsmetastasen, die sich stumpf ablösen lassen. Von dem verdickten Netz wird ein adhärenter Zipfel entfernt. Die Bauchhöhle wird nun gereinigt, doch bleiben an allen Eingeweiden noch dünne Schichten von Gallertmassen zurück. Schluß der Bauchhöhle durch fortlaufende Catgutnaht des Peritoneums, der Muskulatur, der Faszie und Silkwormknopfnähte der Haut. Eine Verunreinigung der Bauchwunde hat sich infolge mehrfacher Zerreißung des Peritoneums nicht vermeiden lassen.

Ungestörter Wundverlauf. Heilung der Bauchwunde per primam intentionem. Am 23. November wird der Prolaps durch vordere und hintere Kolporrhaphie beseitigt und die Frau am 9. Dezember 1907 entlassen. Über dem Abdomen kein Dämpfungsbezirk nachweisbar. Uterus anteflektiert, frei beweglich.

Bei der ersten Operation wurden gewonnen:

1. Zirka 6 *l* leicht gelblich gefärbte Gallertmassen;

2. die rechten Adnexe, bestehend:

a) aus dem im kollabierten Zustand übermannsfaustgroßen Ovarialkystomsack, der an seiner vorderen Wand eine alte, rundliche Rupturöffnung von 4 *cm* Durchmesser zeigt und an seinem unteren Pol eine bis $2^1/_2$ *cm* dicke Wandung besitzt. In letztere sind zahlreiche, verschieden große, aber mit dem bloßen Auge wahrnehmbare, bis haselnußgroße, mit gallertigen Massen erfüllte Hohlräume eingelagert. Die Oberfläche des Kystomsackes ist an seinem unteren Pole glatt, doch bestehen auch hier kleine zystische, bläulich durchschimmernde Vorwölbungen. Die übrige Oberfläche ist, besonders in der Gegend der Rupturstelle, mit Gallerte und Adhäsionsspangen besetzt, die gleichfalls von gallertigen Massen umschlossen und durchsetzt erscheinen. Im Zystensack findet sich ebenfalls Gallerte; nach Entfernung derselben werden an der Innenfläche bis haselnußgroße, zum Teil gestielte, dünnwandige Zysten mit gallertigem Inhalt sichtbar. Letztere sind mehr in der unteren Hälfte anzutreffen, während der Innenfläche der oberen Hälfte gallertige Massen in Knötchenform anhaften:

b) aus der 8 *cm* langen Tube, deren Serosa mit gallertigen Knötchen besäet erscheint. Dem schön entwickelten Trichter und seinen Fimbrien haften innig Gallertmassen an. Von diesen abgesehen, ist das Ostium abdominale offen. Der ampulläre Tubenteil zeigt fünf zystisch dilatierte Windungen, deren Querdurchmesser 9 *mm* beträgt; die Windungswandungen sind sehr verdünnt, durchscheinend; es schimmert durch sie Gallerte hindurch, deren Bewegungen bei Druck auf die Windungen deutlich sichtbar sind. Auf stärkeren Druck entleert sich die Gallerte aus dem abdominalen Ostium in Form einer kleinfingerdicken Wurst. Auch aus dem Ostium uterinum tritt etwas Gallerte hervor. Die dem Ostium abdominale zunächst gelegene, ausgeweitete Tubenwindung ist von ersterem durch den einschnürenden Opitzschen Ring getrennt.

3. Die linken Adnexe:

a) Das taubeneigroße Ovarium zeigt an der Stelle, die der Vorwölbung des kleinwalnußgroßen Corpus luteum entspricht, seine freie Oberfläche; doch trägt auch diese kleinste, hirsekorngroße Gallertknötchen. Der übrige Teil der Oberfläche ist nicht sichtbar, weil dieselbe von zusammenhängenden Gallertmassen eingenommen ist.

b) Die linke Tube, $7^3/_4$ *cm* lang, zeigt ähnliche Veränderungen wie die rechte. Ihre ausgeweiteten Windungen, die der abdominalen Tubenhälfte eine rosenkranzförmige Gestalt verleihen, enthalten gleichfalls Gallerte, die sich auf Druck aus dem Ostium abdominale auspressen läßt, aber nicht so leicht, wie dies bei der rechten Tube der Fall war. Der Tubentrichter ist bedeutend kleiner; die Fimbrien zeigen nicht die normale Umkrämpelung wie rechterseits, sie sind vielmehr gestreckt und zum Teil schon in den Opitzschen Peritonealring eingezogen (s. Fig. 12). Dieses Verhalten der Fimbrien ist besonders schön an einem Längsschnitt erkennbar. Entsprechend dem Opitzschen Ring und als Ausdruck der Kompression durch diesen Ring zeigen die Tubenfalten eine quer verlaufende Schnürfurche.

c) Die Mesosalpinx erweist sich ebenfalls mit Gallertknötchen besetzt.

4. Ein $1^1/_2$ *cm* dickes, gallertig entartetes Netzstück.

Fig. 12.



Abdominales Endstück der linken Tube, durch Längsschnitt eröffnet und auseinander gefaltet. Die Fimbrien verlaufen gestreckt und sind zum Teil schon in den *Opitz*schen Peritonealring eingezogen. Letzterem entsprechend zeigen die Tubenfalten eine querverlaufende Schnürfurche. Vergr. 2fach.

Fig. 13.



Querschnitt durch eine dilatierte Windung der rechten Tube. Im Lumen Gallerte. Vergr. 7fach.

Fig. 14.



Verhalten der Tubenepithels. Vergr. *Zeiss* homog. Immersion $^1/_{12}$, Ok. 2.

Zur histologischen Untersuchung gelangten Stücke aus der Wand des rechtseitigen Ovarialkystoms, den beiden Tuben und die eine Hälfte des linken Ovariums.

Schnitte aus der Wand des rechtseitigen Ovarialkystoms ergeben bei der mikroskopischen Untersuchung Bilder eines typischen, multilokulären Pseudomuzinkystoms. Die Innenfläche ist von einem schönen, hohen, einschichtigen Zylinderepithel ausgekleidet, dessen einzelne Zellen einen glasigen Zelleib und einen kleinen, an der Basis gelegenen Kern aufweisen; zahlreiche Zylinderzellen haben die typische Becherzellenform. Das Zylinderepithel überzieht die Innenfläche nicht glatt, sondern zeigt viele wirkliche und scheinbare Papillen, welch letztere sich zum Teil als Überreste von Zwischenwänden benachbarter Hohlräume erweisen. Hohlräume verschiedener Größe, von dem gleichen Epithel ausgekleidet, mit Pseudomuzinmassen erfüllt, finden sich auch in der Zystenwand eingelagert; bisweilen ist das Epithel vollkommen verschleimt, die Gallertmassen sind dann direkt vom Bindegewebe umschlossen dessen Grenzfasern durch die Gallerte auseinandergedrängt erscheinen.

Die Außenfläche des Kystoms zeigt am unteren Pol stellenweise noch die Bindegewebszüge der Tunica albuginea erhalten, die von einer Lage kleiner, kurzzylindrischer Zellen, dem Keimepithel, überzogen ist. An höher gelegenen Stellen haften der Oberfläche Pseudomembranen an, die Gallertherde umschließen. Letztere liegen oft auch in den äußeren Gewebsschichten der Zystenwand und weisen mitunter eine teilweise Zylinderzellenauskleidung auf.

Der Rupturrand wird von bizarren, lamellenartig angeordneten Gallertmassen gebildet, die bei Hämatoxylin-Eosinfärbung bald einen blauen, bald einen rötlichen Farbenton angenommen haben und in unregelmäßigen Zügen in die Gewebswand vorgedrungen sind.

Von beiden Tuben wurden Querstücke der am stärksten ausgedehnten Windungen sowie die uterinen Enden untersucht.

Erstere (s. Fig. 13) zeigen die für die Anfangsstadien der Hydrosalpinxbildung charakteristischen Veränderungen:

1. Die weite Lichtung, die durch die Ausdehnung der Tubenwand und den weitgehenden Schwund der kleineren Schleimhautfalten bedingt ist. Die longitudinalen Hauptfalten, die gleichfalls viel niedriger geworden sind, gewähren den Eindruck kleinster papillärer Wucherungen. Auffallend sind die mächtig dilatierten Lymphgefäße in den Tubenfalten.

2. Die außerordentliche Verdünnung mit Atrophie des Stratum musculare und zum Teil auch des Stratum vasculare infolge der Dehnung der Wand.

Das Epithel der Tubenschleimhaut ist ein mit auffallend hohen, starken Wimpern ausgestattetes Zylinderepithel, das allerdings an der Wand mehr kubische Formen zeigt; auch diese Zellen besitzen Wimpern, deren Länge bisweilen drei Viertel der Zellhöhe erreicht. Das Epithel (s. Fig. 14) besteht aus zwei Arten von Zylinderzellen. Die Mehrzahl bilden breite Zylinderzellen, die einen hellen, blassen Protoplasmaleib, der sich verhältnismäßig schwach färbt, und einen großen, runden bzw. ovalen, stark tingierbaren Kern besitzen. Insbesondere der Teil des Zelleibes, der direkt an den Kern grenzt, färbt sich sehr oft gar nicht und bildet dann einen hellen Hof um den intensiv gefärbten Kern, der nicht immer an der Zellbasis, sondern auch in der Zellmitte gelagert sein kann. Außer diesen markanten Zellen finden sich Zellformen, die die verschiedensten Übergänge zu dem gewöhnlichen Bilde der Zylinderzellen des Tubenepithels darstellen.

Zwischen den ausgeprägten breiten Zylinderzellen mit blassen Protoplasmaleibern finden sich hohe, schmale, dunkelgefärbte Zylinderzellen vor, teils in der Einzahl, teils auf kurze Strecken in Verbänden von zwei, drei, vier, seltener mehr Zellen. Sie erscheinen zwischen den breiten Nachbarzellen gewissermaßen wie eingezwängt und springen mit ihren oberen Kuppen sehr häufig etwas über das Niveau der angrenzenden Zellen hervor. Bald ist ihre Basis sehr schmal, spitz zulaufend, ihr freies Ende breiter und abgerundet, bald liegt das umgekehrte Verhalten vor. Der längliche Zelleib beherbergt einen gleichfalls in die Länge gezogenen, sehr häufig keulenförmigen, intensiv färbbaren Kern, der von einer schmalen Protoplasmazone umgeben ist, die gegenüber dem blaßen Protoplasma der Nachbarzellen die Farbstoffe besser annimmt. Beide Zellformen sind an ihrer freien Oberfläche mit dicht gestellten hohen Flimmern versehen; bei Färbung mit Muchämateïn ist eine stärkere Tinktion der Zelleiber nicht zu erzielen.

Die geschilderten beiden Zelltypen betrachte ich als stärker ausgebildete Formen des von Chrobak und v. Rosthorn beschriebenen und abgebildeten normalen Tubenepithels. Auf Grund der Untersuchung normaler Tubenpräparate, die Alfred Kohn anfertigte, nehmen die genannten Autoren an, daß gruppenweise die schmalen und breiten Zellformen abwechseln, derart, daß eine kurze Strecke weit die eine, eine andere Strecke weit die andere Zellform vorherrscht. Die Zellformen meiner Beobachtung weichen insofern von denjenigen Chrobaks und v. Rosthorns ab, als auch die schmalen Zylinderzellen einen deutlichen Wimperbelag aufweisen.

Erwähnenswert ist noch, daß weder die Tubenschleimhaut, noch das Stratum musculare oder vasculare entzündliche Veränderungen, z. B. Rundzelleninfiltrate, aufweist.

Im Lumen beider Teile liegen Gallertmassen, die sich bei der Härtung größtenteils in die Mitte zusammengezogen haben; sie bilden teils schleifen-, teils wirbelförmige Figuren

und enthalten verschleimte Epithelzellen, die mitunter noch deutlichen Becherzellencharakter aufweisen.

Die uterinen Endabschnitte der rechten wie der linken Tube zeigen durchgängige Lumina; eine Schwellung der Schleimhaut ist nicht nachzuweisen. Hingegen finden sich im rechtseitigen, ziemlich weiten Lumen Gallertmassen.

Aus der gegebenen makro- und mikroskopischen Beschreibung geht hervor, daß beide Tuben mit Gallerte erfüllt sind, die rechte sogar bis an ihr uterines Ende hin. Die Wandungen beider Tuben erscheinen an den Windungen so stark ausgedehnt, daß durch die verdünnten Wandungen der gallertige Inhalt zu erkennen war.

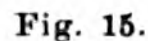
Es fragt sich nun, in welcher Weise die Gallerte in die Tuben gelangt ist. Die Annahme, daß in die Tuben gelangte Geschwulstzellen sich implantiert, die Gallerte erzeugt und so die Tubenwandungen ausgedehnt hätten, wurde durch das Ergebnis der mikroskopischen Untersuchung hinfällig. Man könnte ferners daran denken, daß die Gallerte durch den uterinwärts gerichteten Schlag der Wimpern, die ja außerordentlich kräftig entwickelt sind, in die Tuben befördert wurde. Das wäre eventuell für geringe Gallertmengen möglich, ist aber mit Rücksicht auf die ausgedehnten verdünnten Tubenwindungen nicht wahrscheinlich. Doch möchte ich immerhin dem Wimpernschlag eine gewisse Rolle für den Import der Gallerte in die Tubenkanäle einräumen.

Wir müssen uns vielmehr den Vorgang folgendermaßen vorstellen: Durch die Gallertmassen des kleinen Beckens, die auch die Tubentrichter erfüllten, kam es zu einer Art Verschluß der abdominalen Tubenostien, womit die Möglichkeit der Hydrosalpinxbildung gegeben war. Das eigenartige Verhalten der Epithelzellen läßt auf eine stärkere sekretorische Tätigkeit schließen. Das angestaute Sekret hat dann einerseits eine Ausdehnung der Tubenwindungen bewirkt, andrerseits — und dieser Vorgang spielte sich wohl gleichzeitig mit dem eben erwähnten ab — die angrenzenden gallertigen Massen dünnflüssiger und damit leichter beweglich gemacht. Mit der Auflösung bzw. Quellung der Gallerte im Tubensekret ist an und für sich ein Vorwärtsdringen der Gallerte in die Tuben gegeben, das jetzt vielleicht durch den abdominalen Druck eine Zeitlang verstärkt und beschleunigt werden konnte, nämlich so lange, als die Auftreibung der ampullären Tubenwindungen keinen höheren Grad erreicht hat. Die zunehmende Ausdehnung der Windungen in der Nähe des nicht wesentlich erweiterungsfähigen Opitzschen Ringes muß ja das Einziehen der Fimbrien und damit den Tubenverschluß zur Folge haben. Übereinstimmend mit dieser Annahme sahen wir auch, daß die Fimbrien der linken Tube bereits verkürzt, das heißt zum Teil schon dem Zuge der dilatierten lateralsten Windung gefolgt sind.

An der rechten Tube ist nach dem mikroskopischen Befund die Möglichkeit gegeben, daß Gallerte in die Uterushöhle entleert wurde.

Es handelt sich somit im vorliegenden Fall um eine doppelseitige Hydrosalpinxbildung, bei welcher der Verschluß der abdominalen Ostien nicht durch entzündliche Vorgänge, sondern bei offenen und durchgängigen Tuben durch eine bewegliche dickflüssige Gallertmasse erfolgt ist. Die Beobachtung schien mir mitteilenswert wegen der schönen Illustration zum Opitzschen Mechanismus des Tubenverschlusses, gerade weil Opitz selbst auf die experimentelle Beweisführung verzichten mußte. Von noch allgemeinerer Bedeutung ist vielleicht der Umstand, daß durch unsere Beobachtung mit einer dem Experimente gleichkommenden Sicherheit die Hypothese Menges bewiesen wird, daß eine Hydrosalpinx entstehen kann durch einen primären Verschluß des abdominalen Tubenostiums von außen her, ohne daß der Entzündungsprozeß den Tubenkanal vom Uterus her passiert zu haben braucht.

Ich möchte mir hier einzufügen gestatten, daß meines Erachtens nach bezüglich der Entstehung einer Hydrosalpinx ein abdominaler Tubentrichterverschluß, welcher Art immer er auch sein mag, nicht für alle Fälle unbedingt erforderlich ist. So könnte die Hydrosalpinx ihren Ausgang von einer Sekretstauung in einem Tubendivertikel nehmen, das ja nach den Arbeiten von v. Franqué und Garkisch, Kroemer u. a. anscheinend gar nicht so selten vorkommen dürfte. Kürzlich konnte ich sogar ein taubeneigroßes, mit eiterigem Sekret (in dem sich keine Mikroorganismen nachweisen ließen) erfülltes Divertikel beobachten, das vom ampullären Abschnitt der 12 *cm* langen Tube ausging und auf Druck seinen Inhalt durch das 3 *cm* lange, mit offenem Ostium versehene, normal weite abdominale Tubenendstück austreten ließ. Schneidet man eine größere Anzahl von Tuben der Länge nach auf, so kann man beobachten, daß bisweilen die Zugänge zu erweiterten Windungen auffallend eng sind. Auch derartige Windungen erscheinen zur Hydrosalpinxbildung prädisponiert.


Fig. 15.



Sekundäre Pseudomyxomerkrankung des linken Ovariums. Vergr. 5fach.

Zum Schluß möchte ich mir noch gestatten, auf die sekundäre Pseudomyxomerkrankung des linken Ovariums (siehe Fig. 15) hinzuweisen. An einem Längsschnitt durch das Ovarium erkennt man, wie das Pseudomyxom nicht nur die Oberfläche gewissermaßen angenagt hat, sondern auch tief in die Rinden- und Markschicht vorgedrungen ist. Nicht selten sieht man selbst große Follikel von der Neubildung eröffnet und mit Gallerte erfüllt. In der Rindenschicht trifft man oft auf kleine Galleriherde, die keine Epithelzellen mehr erkennen lassen. Von Interesse ist, daß manche, sehr oft unregelmäßig gestaltete Gallerträume mit dem für das Pseudomuzinkystom charakteristischen Zylinderepithel ausgekleidet sind. Die metastatische Genese dieser kleinen Pseudomuzinzysten ist aus der Betrachtung der mikroskopischen Präparate klar ersichtlich.

Bezüglich der Ätiologie des Pseudomyxoma peritonei läuft unsere Beobachtung auf eine Bestätigung der Ansichten jener Autoren hinaus, die wie Olshausen, Pfannenstiel, E. Fraenkel, diese Erkrankung auf die Bildung von peritonealen Implantationsmetastasen eines geborstenen Kystadenoma pseudomucinosum ovarii zurückführen.

Ich hatte schon früher in Prag Gelegenheit, drei Fälle von sogenanntem Pseudomyxom des Peritoneums eingehend mikroskopisch zu untersuchen; auch in diesen Fällen lag die eben erwähnte Entstehungsweise vor.

Literatur.

1. Chrobak R. und v. Rosthorn A.: Die Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. I. Teil, S. 325 und 326. Wien, Alfred Hölder, 1900. — 2. Doran: On closure of the ostium in inflammation and allied diseases of the Fallopian Tube. London Obst. Tr. 4, XII, 1889., zitiert nach Kleinhans. — 3. Fraenkel E.: Über das sogenannte Pseudomyxoma peritonei. Münchener med. Wochenschr., 1901, S. 965. — 4. v. Franqué und A. Garkisch: Beiträge zur ektopischen Schwangerschaft. Zeitschr. für Heilkunde, XXVI. Bd., Jahrgang 1905, Heft IX. — 5. Froriep: Beobachtung einer Sackwassersucht der Fallopischen Trompeten. Medizinische Zeitung, Berlin 1834, III. Jahrgang, Nr. 1, S. 3. Zitiert nach Martin. — 6. Gebhard C.: Pathologische Anatomie der weiblichen Sexualorgane. Leipzig 1899. — 7. Kleinhans F.: Ätiologie und pathologische Anatomie der Erkrankungen der Tube. Veits Handbuch der Gynaekologie; Wiesbaden 1899. — 8. Kroemer Paul: Untersuchungen über den Bau der menschlichen Tube. Leipzig, S. Hirzel, 1906. — 9. Martin A.: Die Erkrankungen der Eileiter. Leipzig 1895. — 10. Menge C. und Krönig B.: Bakteriologie des weiblichen Genitalkanales. Leipzig 1897. — 11. Opitz Erich: Beitrag zur Mechanik des Tubenverschlusses. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 52. 1904. — 12. Pfannenstiel J.: Veits Handbuch der Gynaekologie.

Kolpokleisis wegen handtellergroßen Defektes der Blase — post partum —, nachfolgende Ovariotomie, Heilung.

Von Prof. Dr. **Alfred v. Valenta,** Laibach.

Die Blasenscheidenfisteln sind wohl die unangenehmsten ob der an die Geduld des Operateurs die höchsten Anforderungen stellenden Komplikationen. So mannigfach die Operationsmethoden, die vorgeschlagen wurden, sind, ebenso verschieden voneinander sind die einzelnen Fälle hinsichtlich des einzuschlagenden Verfahrens, als auch bezüglich der Erfolge.

Zu den seltensten Fällen dürfte wohl dieser zählen, da es sich um einen kleinhandtellergroßen Defekt der Blase handelte. Eine plastische Operation, um den Defekt zu decken und zu schließen, war unmöglich, deshalb mußte der von mir eingeschlagene Weg gewählt werden.

Die Anamnese ist kurz folgende:

S. M., 35 Jahre alt, wurde am 21. März 1904 aufgenommen; selbe war immer gesund gewesen und hatte dreimal geboren; letzter Partus vor 6 Wochen mittelst Instrumenten (wie sich Patientin ausdrückte) an einer toten Frucht, welche schon einen Tag im Becken eingekeilt gewesen sein soll.

Befund bei der Aufnahme: Mittelgroße, sehr heruntergekommene Frau, leichte Schwellungen der Beine, sehr starker Harngeruch. Introitus vaginae entzündet, stark gerötet, vollständiger Dammriß, die Scheide ausgefüllt mit Inkrustationen, Harnröhre $1^1/_2$ *cm* lang, es wölbt sich ein Stück handtellergroßer, purpurrot gefärbter Blasenschleimhaut in der vorderen Scheidenwand hervor.

Therapie: Blasenspülungen, Bäder etc.

Patientin verweigert jede Operation und wird mit einem Urinal entlassen. Nach sechs Wochen kommt Patientin abermals an die Anstalt und wünscht auf jeden Fall operiert zu

werden, um eine, wenn auch nur teilweise Besserung ihres elenden Daseins zu finden. Durch 14 Tage werden Scheiden-Blasenspülungen etc. vorgenommen, um die sich stets bildenden Inkrustationen zu entfernen.

Am 3. Juni Operation. Narkose. Auffrischung wie bei totalem Dammriß, typisch nach Simpson-Sänger[1]), ein großer Lappen, ziemlich dick, danach Auffrischung eines 1 *cm* breiten Streifens und Abpräparieren entlang den kleinen Labien im Halbbogen von der Ecke des Auffrischungslappens der einen Seite hinüber bis zur anderen Seite. Der hintere vaginale Lappen wird nun hinaufgeschlagen und in die bogenförmige Auffrischungslinie mit sehr dünnen Seidennähten eingenäht, danach sechs Darmnähte an der Ruptura perinei totalis; zum Schlusse Anlegung von vier tiefen, queren Silberdrahtnähten.

Einlegen eines Dauerkatheters, täglich mehrmalige Blasenspülungen, namentlich zur Zeit der Menses. Am 10., 12. und 14. Tage Entfernung der Silberdrahtnähte, Heilung per primam. Nach der dritten Woche konnte Patientin allein urinieren! Patientin war mit dem Vorschlage, ihr die Ovarien wegen Sistierung der Menses zu entfernen, einverstanden und wurde die Laparotomie mit nachfolgender beiderseitiger Ovariotomie am 7. Juli unter Rückenmarksanästhesie mit Tropakokain vorgenommen und Patientin nach 18 Tagen geheilt entlassen.

Im Jänner dieses Jahres, also 3 Jahre nach der ersten Operation, stellte sich Patientin gelegentlich ihrer Aufnahme auf die Augenabteilung, wo sie wegen Katarakta operiert wurde, vor; Patientin ist mit ihrem jetzigen Zustande ganz zufrieden, hat keinerlei Beschwerden oder Schmerzen, der Harn zwar etwas getrübt, zeigt jedoch nichts Abnormes, der Introitus vaginae, wenn man ihn noch so nennen kann, resp. die Scheidenverschlußnarbe, ist etwas eingedrückt, so daß man mit der Fingerkuppe darin verschwindet, wahrscheinlich von Koitusversuchen herrührend.

Lymphangioma cysticum thoracis als Geburtshindernis.

Von Dr. **Karl Heil,** Frauenarzt in Darmstadt.

(Mit 1 Abbildung.)

Der Liebenswürdigkeit des Herrn Kollegen Dr. Frank in Pfungstadt bei Darmstadt verdanke ich die Geburtsgeschichte und das Präparat eines Falles von Lymphangioma cysticum thoracis, das ich in der Sitzung der Mittelrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie zu Frankfurt a. M. am 18. März 1905 demonstrierte. Mit Rücksicht auf die Seltenheit dieser Mißbildung und in Anbetracht der großen Schwierigkeiten, die dem Geburtshelfer durch sie erwachsen können, scheint mir die ausführliche Mitteilung berechtigt.

Am 5. März 1905 wurde Dr. Frank nachts nach einem Nachbarort zu einer Kreißenden gerufen. Bei seiner Ankunft war der Kopf des Kindes bereits geboren, aber die Geburt ging nicht weiter. Der kindliche Rücken lag rechts, kleine Teile waren von außen nicht zu fühlen. Die eingeführte rechte Hand tastete die pulslose Nabelschnur und traf auf ein weiches Gebilde, an dem sie nicht weiter nach oben vorbeidringen konnte. Deshalb wurde die linke Hand eingeführt, die dem Halse entlang bis zur Schulter kam, ohne Arme fühlen zu können; ja selbst beim Vordringen mit der linken Hand bis zum Steiß wurden keine kleinen Kindesteile gefunden.

Kollege Frank nahm zunächst an, daß es sich um eine armlose Mißbildung handeln könne und versuchte durch Zug am geborenen Kopf und gleichzeitigen Druck von innen auf den Kindeskörper die Geburt zu ermöglichen; jedoch ohne Erfolg.

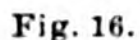
---

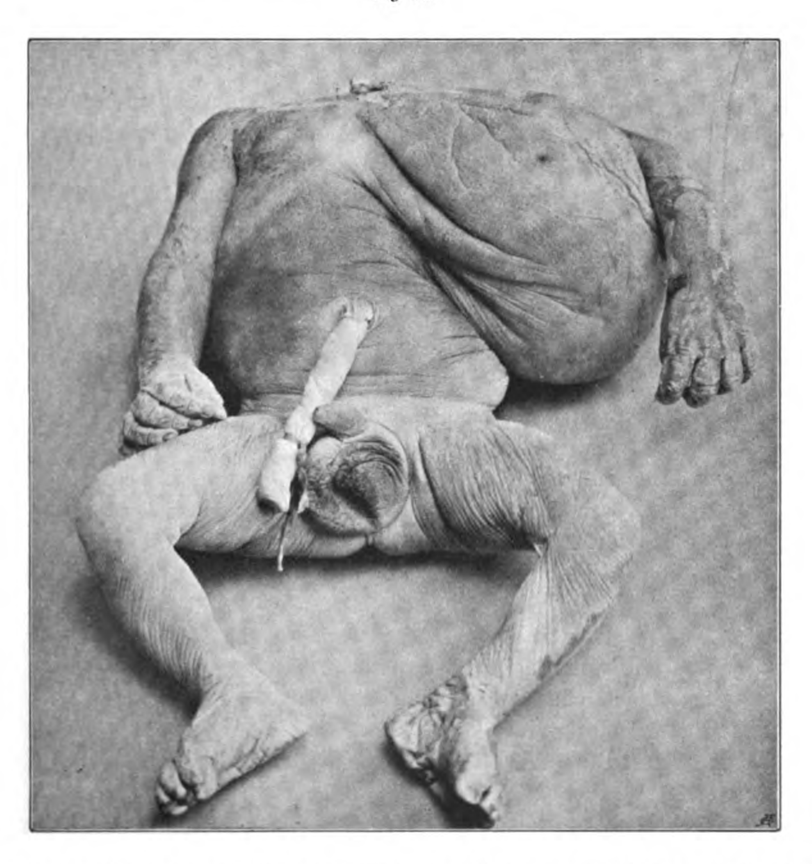
[1]) Hegar, Operative Gynaekologie.

Bei erneutem Eingehen mit der rechten Hand konnte jetzt der rechte Fuß und die rechte Hand heruntergeholt werden. Der rechte Fuß wurde angeschlungen. Da der Hals durch das starke Anziehen des Kopfes schon teilweise durchrissen war, wurde der Kopf vollends abgetrennt, wobei das aus dem Wirbelkanal herausgerissene Rückenmark in seiner ganzen Länge am Kopfe hängen blieb.

Nach der Dekapitation wurde die Entbindung durch Wendung auf den rechten Fuß verhältnismäßig leicht beendigt. Nachgeburtsperiode und Wochenbett verliefen ohne Störung.

Die Frau war 32 Jahre alt, war als Kind rachitisch und hatte erst mit dem 4. Jahre laufen gelernt; im übrigen war sie immer gesund gewesen und hatte vorher viermal spontan


Fig. 16.



lebende Kinder geboren. Gegen Ende dieser letzten Schwangerschaft hatte sie über Schwere im Leib geklagt. Der sonst gesunde Ehemann ist Potator; für Lues keine Anhaltspunkte.

Das Gewicht des Kindes (mit Kopf) betrug 8 Pfd.; horizontaler Kopfumfang $36^{1}/_{2}$ *cm*.

Nach der von Herrn Prof. Albrecht-Frankfurt a. M. ausgeführten pathologisch-anatomischen Untersuchung ist der der linken Thoraxseite aufsitzende Tumor ein Lymphangioma cysticum (s. Fig. 16).

Einen dem unserigen ähnlichen Fall, allerdings mit Übergreifen der Geschwulst auf den Arm, hat Eberhart (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., 1897, VI, H. 3) ausführlich beschrieben. Außer seinem eigenen Falle teilt Eberhart aus der Literatur noch folgende mit, bei denen gleichfalls der Tumor seinen Sitz am Thorax batte: v. Wörz (Zentralbl. f. Gyn., 1894, Nr. 5), Lymphangioma subaxillare; bei Wernher aus der älteren Literatur

einen Fall von Sandifort und die Beschreibungen von C. Hawkins und Tofft E. Martin (Monatsschr. f. Geburtsk., XX), Totgeborenes, reifes, männliches Kind mit mehrfachen Zysten am Halse, unter beiden Achseln und in der Gegend der Brustdrüse. Die übrigen bei Eberhart angeführten Fälle von zystischen Lymphangiomen bzw. Zystenhygromen hatten ihren Sitz fast alle am Halse.

Ahlfeld bildet in seinem Lehrbuch der Geburtshilfe (II. Aufl., S. 368) einen Fötus ab mit „umfangreichen Lymphangiektasien, bei dem die Tumoren beiderseits die Axillargegend und die vordere Thoraxhälfte einnehmen". Das Kind kam, ohne zerstückelt zu werden, zutage.

v. Winckel (Über menschliche Mißbildungen. Samml. klin. Vorträge, Nr. 373/374, pag. 27) gibt die Abbildung eines Zwillingsfötus mit einem Zystenhygrom des Halses, das auf den Thorax übergreift.

1899 hat Strassmann in der Berliner Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie eine Frucht demonstriert mit doppelseitigen Zystenhygromen des Halses und hat über einen weiteren Fall von Zystenhygrom berichtet, der bei einer Fußgeburt ein Geburtshindernis bildete. Der Tumor wurde punktiert und das Kind lebend entwickelt. Hier ist über den Sitz des Tumors nichts angegeben (Zentralbl. f. Gyn., 1900, pag. 332).

Ein Kind mit einem „kongenitalen zystischen Lymphangiom auf der rechten Schulter" wurde 1902 von Bonnaire und Bosc in der Pariser geburtshilflichen Gesellschaft gezeigt. In dem Sitzungsbericht (Zentralbl. f. Gyn., 1903, pag. 669) fehlen leider alle weiteren Einzelheiten.

Die Kasuistik des Lymphangioma cysticum thoracis ist hiernach sehr spärlich; jedenfalls sind die Zystenlymphangiome des Thorax noch weit seltener als die des Halses. Eben um ihrer großen Seltenheit willen werden diese Geschwülste auch nur ganz ausnahmsweise eine Geburtskomplikation bilden; andrerseits hat aber deshalb auch der einzelne Arzt und Geburtshelfer kaum Gelegenheit, eigene Erfahrung zu sammeln, und jedes derartige Ereignis kann den betreffenden Geburtshelfer unliebsam überraschen.

Schauta (Lehrbuch der gesamten Gynaekologie) erwähnt zwar die Lymphangiome am Arm und am Thorax nur als „meist rasch zu beseitigende Hindernisse", während Fritsch bei derartigen Geburtshindernissen „eine überlegene Kraft anzuwenden" für erlaubt hält. „Viel leichter werden die Geschwülste zerstört resp. bersten, durch Ausblutung sich verkleinernd, als daß eine Verletzung der mütterlichen Weichteile zustande käme."

Da derartige Zystengeschwülste am vorderen Teile des Rumpfes und Halses fast nur bei reifen und lebensfähigen Kindern vorkommen sollen, die Geschwülste des hinteren und seitlichen Nackenteiles dagegen nur bei frühgeborenen, nicht lebensfähigen Kindern (nach Wernher, zit. von Eberhart, l. c. pag. 251), so werden die ersteren auch häufiger zu Geburtsstörungen Veranlassung geben.

So war bei v. Wörz (s. bei Eberhart, Zentralbl. f. Gyn., 1894) die Extraktion des aus II. Querlage gewendeten Kindes durch die Geschwulst sehr erschwert. Die Entwicklung des Kindes gelang zwar durch kräftiges Ziehen und Druck von außen, aber es starb unter der Geburt ab.

Bei dem E. Martinschen Kinde zögerten die Schultern und „mußten von der Hebamme mit einiger Mühe extrahiert werden". Sandiforts Geburtsfall scheint gut verlaufen zu sein, da das Kind 3 Wochen lang am Leben blieb.

Die von Eberhart mitgeteilte Geburtsgeschichte ist sehr interessant. Der Kopf war von einem Kollegen mit der Zange entwickelt worden, aber trotz starken Ziehens am geborenen Kopfe folgte der übrige Kindeskörper nicht. Das Kind starb ab und bei weiterem Ziehen unter stärkerer Kraftanwendung riß schließlich die Wirbelsäule ab und der Kopf hing nur noch an der langgezogenen Haut des Halses, die auch schon an einer Stelle einriß. Nun holte der Arzt den linken Arm herab, aber auch das Ziehen am Arme führte nicht zum Ziel. Eberhart fand den stark verdickten Oberarm in der Vagina, Unterarm mit Hand vor der Vulva. Er stach mit dem scherenförmigen Perforatorium in den Oberarm, worauf sich seröse Flüssigkeit entleerte; danach ließ sich leicht konstatieren, daß oberhalb der Linea innominata ein straff gespannter Tumor lag, der von der kindlichen Brust ausging. Dieser wurde ebenfalls mit dem Perforatorium angestochen; es entleerte sich eine größere Menge schokoladefarbener Flüssigkeit. Nachdem durch Höherschieben des Perforatoriums einige Septen des Tumors durchtrennt waren und noch mehr Flüssigkeit ausgesickert war, ließ sich nunmehr die Frucht leicht durch Zug am Arm extrahieren.

Bei der Spärlichkeit der Einzelbeobachtungen ist es nicht möglich, bestimmte therapeutische Richtlinien festzulegen.

Die Diagnose derartiger Tumoren wird erst intra partum gestellt werden, sofern sie eben Geburtshindernisse darstellen. Macht sich aber im Verlauf der Geburt der Entwicklung des Kindes ein Hindernis bemerkbar, so muß der Geburtshelfer auch an die Möglichkeit derartiger zystischer Geschwulstbildungen des kindlichen Körpers denken.

Wenn auch bei Anwendung etwas stärkerer Gewalt während der Extraktion diese Zysten bersten können oder die Entwicklung der Frucht ohne Berstung gelingt, so zeigen doch Eberharts und unser eigener Fall, daß es auch eher zur Zerreißung der Halswirbelsäule kommen kann. Zur Verkleinerung der einmal richtig als solche erkannten (durch Eingehen mit der ganzen Hand, eventuell in Narkose) Zystengeschwülste bedient man sich entweder des Troikarts oder des scherenförmigen Perforatoriums. Die Verkleinerung der Geschwulst kann aber trotzdem ungenügend sein oder erst nach mehrmaligem Einstechen gelingen, wenn, wie in unserem Falle durch die Sektion festgestellt, der Tumor vielkammerig ist, mit teilweise derben Septen. Eberhart rät die Wendung zu unterlassen, wenn der Kopf abgerissen ist; er beendete die Geburt durch Zug am Arme, erwähnt aber, daß Olshausen einmal den bloß durch Weichteile mit dem Rumpf zusammenhängenden Kopf abtrennte und dann die Wendung anschloß. Olshausen hat sich also auf die gleiche Weise geholfen wie Kollege Frank. Jedenfalls können beide Verfahren zum Ziele führen, wenn auch zugegeben werden muß, daß bei der Wendung die Gefahr einer Uterusruptur in Betracht zu ziehen ist.

Die Prognose für die Mutter scheint nach den bekannt gewordenen Beobachtungen nicht ungünstig zu sein. Trifft der Arzt das Kind intra partum noch lebend an, so muß er immerhin daran denken, daß Kinder mit Zystenhygromen am Leben bleiben können und daß sogar große Zystengrome spontan ausheilen bzw. operativ zur Ausheilung gebracht werden können. Er wird deshalb versuchen, die Geschwulst durch Ablassen von Flüssigkeit so zu verkleinern, daß das Kind unzerstückelt und ohne allzu große Gewaltanwendung eventuell lebend zutage gefördert werden kann.

Eine eingehende Beschreibung des Kindeskörpers wird durch die beigegebenen Abbildungen überflüssig gemacht.

Hervorheben will ich nur, daß bei Eberharts Fall die linke Brustwarze fehlte, während hier auf der Höhe des Tumors die Mamilla deutlich zu erkennen ist.

Da diese Mitteilung nur einen kasuistischen Beitrag zu dieser seltenen Geburtskomplikation liefern soll, so verweise ich im übrigen besonders auf die Abhandlung Eberharts, der auch ein ausführliches Literaturverzeichnis beigegeben ist.

Bücherbesprechungen.

J. Kollmann (Basel): Handatlas der Entwicklungsgeschichte des Menschen. Jena, Gustav Fischer, 1907, II. Teil.

Wir haben früher hier den I. Teil bereits besprochen. Inzwischen ist in gleich guter Ausstattung der II. Teil erschienen, der die Embryologie der einzelnen Organe enthält. Uns interessiert speziell die Abteilung des Apparatus urogenitalis, der in 86 Abbildungen (425—510) mikro- und makroskopisch nebst entsprechenden Erläuterungen im Text musterhaft dargestellt ist. Durch eine fortwährende Zusammenstellung der männlichen und weiblichen Verhältnisse auf der nämlichen Tafel wird die Übersichtlichkeit so sehr gefördert, daß es jedem möglich ist, sich sofort gut zu orientieren. Neben den embryonalen Stadien der Entwicklung finden speziell für die weiblichen Genitalien auch die Mißbildungen, die Hemmungen in der Entwicklung, besondere Berücksichtigung, was den Gynäkologen das Werk besonders wertvoll gestaltet. Dazu kommen verschiedene die Ovogenese darstellende Abbildungen des Ovariums (neugebornes, vier Wochen altes und ausgewachsenes). Die übrigen Kapitel (Darm, Herz, Nerven, Sinnesorgane) sind in gleicher Weise instruktiv bearbeitet und als willkommene Beigabe folgt am Schlusse ein ausführliches Literaturverzeichnis. Noch selten dürfte ein Werk so kurz und deutlich so vieles geboten haben. Sutter, St. Gallen.

M. Hofmeier: Handbuch der Frauenkrankheiten. Zugleich als 14. Auflage des Handbuches der Krankheiten der weiblichen Geschlechtsorgane von Karl Schroeder. Leipzig, F. C. W. Vogel, 1908. 14 Mk.

Die 14. Auflage des Hofmeier-Schroederschen Handbuches, dessen frühere Editionen wohl allen Lesern dieser Blätter bekannt sind, zeigt sich in so vollkommen neuer Gestalt, daß es wohl nur mehr als Pietät gegen Schroeder zu betrachten ist, wenn das Werk seinen Namen trägt. De facto ist dieses Handbuch längst Hofmeiers geistiges Eigentum geworden. Es spiegelt aber nicht bloß des Autors eigene Anschauungen und reiche Erfahrungen wieder, sondern wird in ganz besonders geschickter Weise den wichtigsten Forschungsergebnissen anderer Autoren gerecht, und in der vorliegenden Auflage sind bereits die Errungenschaften der allerletzten Zeit in Kürze und stets unter glücklicher literarischer Auswahl berücksichtigt. Daß Hofmeier allen Kapiteln anatomische Einleitungen vorangestellt hat, entsprach tatsächlich einem Desiderat. Besonders rühmenswert ist die Beigabe von zehn farbigen Tafeln, die mit Ausnahme der etwas zu schematisch ausgefallenen Figur 2 auf Tafel VI ganz vortrefflich gelungen sind. Auch die Einführung der Erkrankungen der Harnröhre und Blase wird der Leser dankbar begrüßen. Doch hätte es sich empfohlen, auf einer farbigen Tafel die wichtigsten zystoskopischen Bilder wiederzugeben.

Hofmeiers Buch zählt zu den besten Lehrbüchern, die wir besitzen; es gewährt aber nicht bloß dem Studenten reiche Belehrung, sondern vermag auch den Spezialisten bestens zu beraten. Die zahlreichen Textfiguren — es sind ihrer 268 —, die durchwegs nach neuen Klischees hergestellt wurden, erhöhen den Wert der neuen Auflage.

Frankl.

J. Mandelstamm: Zur Behandlung der Frühstadien der Extrauteringravidität. Sammlung klinischer Vorträge Nr. 162. Breitkopf & Härtel. Leipzig 1907.

In einem Vortrage, welchen Mandelstamm im Odessaer Ärzteverein gehalten, erörtert er Ätiologie, Diagnose und Pathologie der jungen Extrauterinschwangerschaft. In bezug auf die Therapie verhält er sich radikal. Von eigenen 43 im Kollaps mit Bauchschnitt Operierten starben 6, hiervon mußten zwei in der Privatwohnung operiert werden. Wenn irgend möglich, transportiert er die Kranken in ihrem Bette auf einem Wagen mit Gummischienen oder mittelst Tragbahre ins Spital. Er entfernt nicht alles

ins Abdomen ergossene Blut, sondern nur die leicht erreichbaren Gerinnsel und vermeidet jede Malträtierung des Bauchfells.

Ludwig Seitz: Die operative Behandlung der puerperalen Pyämie. Sammlung klinischer Vorträge Nr. 171. Breitkopf & Härtel. Leipzig 1907.

Auf Grund des 37 Fälle umfassenden, in der Literatur verzeichneten Materiales, darunter eines eigenen, ergaben sich für den Autor folgend Schlüsse: Die Ligierung der Venen ist kein sehr gefährlicher Eingriff, der immerhin etwas bessere Prognose gewährleistet, als derzeit die spontane Genesungsziffer ist. Die Prognose ist bei den chronischen Formen weit besser als bei den akuten. In technischer Hinsicht empfiehlt sich die Köliotomie, welche Seitz dem extraperitonealen bzw. vaginalen Verfahren vorzieht. Ist die Erkrankung bestimmt einseitig, so kann man sich mit der Ligatur der Spermatika und Hypogastrika dieser Seite begnügen, sonst sind stets alle vier Venen zu unterbinden. Resektion der Venen ist nur bei drohendem Eiterdurchbruch durch die Wand geboten; sie ist mittelst Paquelin auszuführen. Geeignet zur Operation sind die rein thrombophlebitischen Formen ohne lymphangitische Prozesse im subakuten Stadium. Doch warte man nicht allzulange. Lungenabszesse, septische Pneumonie, schwere Herzdegeneration sind Gegenanzeigen der Operation. F.

Sammelreferate.

Zysten und Tumoren der Ovarien.

Sammelreferat von Dr. **B. Ehrlich**-Dresden.

(Fortsetzung und Schluß.)

In einer „die Entstehung der Ovarialtumoren" betitelten Arbeit sucht P. Massabuau den Nachweis zu führen, daß alle Ovarialtumoren, die auf Kosten der epithelialen Elemente entstehen, ein gleiches Anfangsstadium, das Adenom, haben. Bezüglich der hier interessierenden zystischen Geschwülste (einfache Zysten, Kystadenome, die multilokulären und papillären Zysten) nimmt er an, daß diese sich aus einer zystisch-mukoiden Form des ursprünglichen Adenoms entwickeln. Die umfassende Arbeit soll später (siehe maligne Ovarialtumoren) noch ausführlicher besprochen werden.

Des weiteren wird von Goullioud der gegenwärtige Stand der Frage des auffälligen Zusammentreffens von zystischer Degeneration der Ovarien und Blasenmole, die in genetische Beziehung zur ersteren Erkrankung gebracht wird, eingehender an der Hand des folgenden Falles dargelegt. Bei einer 25jährigen Frau traten im dritten Monat der Gravidität Blutungen auf. Bei der Untersuchung werden neben dem Uterus beiderseits kindskopfgroße, glatte, wenig bewegliche Tumoren festgestellt. Nach der Geburt einer Blasenmole erkrankte Pat. fieberhaft an Phlebitis und embolischen Prozessen. Die Tumoren andrerseits verkleinerten sich mit der fortschreitenden Involution des Uterus, so daß sie nach drei Wochen nur noch als wenig vergrößerte Ovarien zu fühlen waren. Verf. glaubt daher, daß die bei Blasenmole beobachtete zystische Degeneration der Ovarien eine durchaus gutartige und der Rückbildung fähige Neubildung ist, die sogar spätere Schwangerschaften, wie in dem vorliegenden Fall, nicht ausschließt. Nach kurzem Hinweis auf die Histologie der in diesem Zusammenhang beobachteten Ovarienveränderung und nach Besprechung der verschiedenen Theorien der Entstehung dieser Geschwülste und der Blasenmole zieht

Goullioud aus seinen Beobachtungen den Schluß, daß die Entfernung der Ovarien nur dann indiziert sei, wenn die zystische Veränderung derselben auch nach der Austreibung der Blasenmole noch bestehen bleibe oder sogar an Umfang noch zunehme; auch Stieldrehung dieser Geschwülste erfordere die Operation. Im übrigen sei die Pat. wegen eines sich möglicherweise entwickelnden Deziduoms aufmerksam zu überwachen.

Dasselbe Thema behandelt eine französische Dissertation von Livados. Derselbe glaubt ebenfalls, daß das gleichzeitige Auftreten von Blasenmole und zystischer Degeneration der Ovarien kein allzu seltenes ist. Die Ovarialzysten stellen sich gewöhnlich als doppelseitige, polyzystische Tumoren dar. Das Auftreten beider Veränderungen ist nach Verf. durch die gleiche Ursache bedingt, ohne daß man angeben kann, ob die primäre Degeneration am Ovarium oder in der Plazenta entsteht. Meist entwickeln sich beide Veränderungen gleichzeitig und sehr rasch. Bezüglich der Behandlung der Ovarialtumoren stellt sich Verf. jedoch in einen Gegensatz zu vorgenanntem Autor. Livados rät, auch bei einfacher Blasenmole nach Ausräumung des Uterus baldigst die Ovarialgeschwülste durch eine nachfolgende Operation zu entfernen. Bei maligner Natur der Mole sind auf jeden Fall Uterus und Ovarien abzutragen. Diese Operation ist auch in den Fällen von benigner Blasenmole durchaus empfehlenswert, da man sich durch einen derartigen radikalen Eingriff vor dem Auftreten eines malignen Chorioepithelioms schützt.

Die Frage der anatomischen Zugehörigkeit der papillären Kystome, ob zu den benignen oder malignen zystischen Geschwülsten zählend, wird auch durch zwei weitere Beiträge von Mansfeld und Zacharias nicht geklärt. Bekanntlich werden diese Zysten von Hofmeier, da sie keine eigentlichen Metastasen auf dem Lymph- und Blutweg bilden, wohl aber häufig zu Impfmetastasen führen, zu den Tumoren von anatomisch zweifelhaftem Charakter gerechnet, während andere Autoren (z. B. Pfannenstiel) diese für durchaus gutartig halten, ausgenommen bei unvollständiger Exstirpation oder histologisch einwandfreier bösartiger Natur. Wie schwer es ist, den Charakter dieser papillären Kystome zu bestimmen, beziehentlich eine Prognose aufzustellen, beweist der von Mansfeld beobachtete Fall.

26jährige Nullipara; aufgetriebener Leib, Aszites, Becken von einer glatten Resistenz ausgefüllt. Bei der Laparotomie entleert sich klare Flüssigkeit in großen Mengen. Es liegen zwei miteinander und den Bauchdecken verlötete Tumoren vor, die mit Überwindung bedeutender technischer Schwierigkeiten ausgeschält werden. Auch der mit zahlreichen, kleinen zystischen Gebilden mit trübem Inhalt durchsetzte Uterus wird entfernt. Auch unter der Peritonealbedeckung der Blase und im pararektalen Bindegewebe wird je eine nußgroße Zyste gefunden und exstirpiert. Heilung.

Die großen Tumoren erwiesen sich als multilokuläre Zysten mit größeren oder kleineren papillären Wucherungen (Kystadenoma serosum papillare). Die bei der Operation am Uterus beobachteten haselnuß- bis nußgroßen Zysten saßen unter dem Peritoneum in der Muskulatur. Mikroskopisch fanden sich im allgemeinen die Zeichen der Benignität: die Papillen sind von einem einschichtigen Epithel bedeckt, doch ließ sich bereits an vereinzelten Stellen eine maligne Entartung (mehrschichtiges Epithel) beobachten, ohne daß die Eigenschaften eines Karzinoms einwandfrei nachzuweisen waren. Es läßt sich also schwer entscheiden, ob die Tumoren als gut- oder bösartige aufzufassen sind. Die Zysten im Uterus, an der Blase und im Bindegewebe können sowohl als wahre Metastasen, wie als Implantationen von papillären Teilen unter das Peritoneum betrachtet werden. Nur das weitere Schicksal der Pat. kann die Frage klären.

Was den zweiten Fall anbetrifft (Zacharias), so handelte es sich in diesem um zwei kleinfaustgroße Oberflächenpapillome des Ovariums, die einer 29jährigen Nullipara entstammten. Auch hier ließ sich die Natur der Tumoren nicht sicher feststellen; sie hatten wohl einen sehr beträchtlichen Aszites erzeugt, aber noch keine Metastasen auf dem Peritoneum verursacht.

Von den soliden, gutartigen Ovarialgeschwülsten sind es besonders die Fibrome, welche wegen ihres nicht allzu häufigen Vorkommens und wechselnden klinischen Verhaltens (Aszites) einiges Interesse erregen. Der Fall eines solchen wird von Soli mitgeteilt: Die Ovarialgeschwulst war 6·5 *cm* lang und 4·5 *cm* breit und von elastischer Konsistenz. Die histologische Untersuchung ergab als wesentlichsten Bestandteil des Tumors fibrilläres Bindegewebe mit zahlreichen Kernen, zwischen den Fasern desselben vereinzelte glatte Muskelfasern, die als Reste der sich schon normalerweise im Ovarium vorfindenden anzusehen sind und sich häufig in Ovarialfibromen nachweisen lassen; reichliche Gefäßentwicklung. Irgendwelche Reste von ovariellem Epithel oder von Corpora lutea waren nicht nachzuweisen. Verf. erörtert sodann noch das klinische Verhalten (Aszites trotz Gutartigkeit der Tumoren, langsames Wachsen ohne wesentliche Krankheitserscheinungen) und das Vorkommnis der Ovarialfibrome (im mittleren Alter, zwischen 30. und 50. Jahr). Einen fibroiden Ovarialtumor teilt auch Jordan mit.

Um ein Fibroadenom, welches noch den merkwürdigen Befund der Versteinerung bot, handelte es sich in dem Falle, den Straßmann in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie zu Berlin demonstrierte. Er legte einen versteinerten Ovarialtumor vor, der während der Geburt als Hindernis erschien und eine Uterusruptur befürchten ließ. Die steinharte Geschwulst konnte jedoch vom Rektum aus vom Becken emporgedrängt werden, so daß die Geburt mit Forzeps beendigt wurde. Später Entfernung des Tumors durch vaginale Ovariotomie. Das Präparat zeigte ein frisches Corpus luteum, wies sonst nur wenig Paremchym auf und machte infolge der Versteinerung den Eindruck eines sehr großen Blasen- oder Gallensteines. Beim Eröffnen des Tumors, welches nur durch eine starke Säge bewerkstelligt werden konnte, zeigte sich ein Hohlraum, ähnlich einer Kristalldruse. Die histologische Untersuchung des entkalkten Präparates ergab ein Fibrom mit wenig drüsigen Einschlüssen (Fibroadenom). Einen gleichen Befund (versteinertes Ovarialfibrom) konnte Handfield-Jones erheben.

Ferner berichtet Peukert den Fall eines doppelseitigen Fibrokystoms bei sonst unveränderten Ovarien. Von Interesse ist hier die gleiche doppelseitige, kongenitale Anlage von Fibrom- und Kystombildung. Am linken Ovarium befand sich ein zweifaustgroßes gestieltes Fibrom mit gleich großer Zyste, das andere Ovarium bot in kleinerem Maßstabe dieselben Verhältnisse: ein rüsselförmiges Anhängsel mit derbem, fibrösem Stiel und zystischem Kopf. Beide Fibrome entsprangen aus der Mitte der Basis des anscheinend normalen Ovariums.

Den sehr seltenen Befund eines sog. „Ovarium gyratum“, einer Ovarialveränderung, die zuerst von Abel und kürzlich in zwei weiteren Fällen von Adler beschrieben worden ist, teilt Maiss mit. Er fand zunächst dieselben makroskopischen und mikroskopischen Eigentümlichkeiten wie die genannten Autoren: mäßig vergrößertes, derbes Ovarium, auf dessen Oberfläche mehr oder minder tiefe Furchen und unregelmäßige Windungen, Mark- und Rindensubstanz deutlich getrennt, letztere hypertrophiert, aus ziemlich kernreichem, faserigem Bindegewebe bestehend mit spärlichen Resten vom Follikelapparat. Das Keimepithel bekleidet die ganze Oberfläche

dieses „Rindenfibroms“ und tapeziert auch die Buchten aus; letztere bilden an manchen Stellen, mit einem Mehrschichtung aufweisenden Zylinderepithel versehen, vielfach seitliche Ausbuchtungen treibende Schläuche. Diese Wucherung und Einsenkung des Keimepithels bedingt nach Verf. die Faltenbildung der Oberfläche des Ovariums. Die Hypertrophie des Rindenstromas ist dann möglicherweise eine Folge des Reizes des in die Tiefe wachsenden Keimepithels. Doch konnte er ebensowenig wie die genannten Autoren die Ursachen der primären Epithelwucherung erklären. Auch die anatomische Stellung dieser Ovarialveränderung erscheint noch nicht sichergestellt, vielleicht neigt sie zur Malignität, da in einem Falle Adlers nach fünf Monaten ein Rezidiv beobachtet wurde und der Tod in kürzester Zeit erfolgte.

Was die malignen Tumoren, die Karzinome und Sarkome des Ovariums, zu denen die in einem besonderen Abschnitt zu behandelnden Dermoide und vor allem Teratome stark neigen, anbetrifft, so hat sich auf Grund der neuesten Literatur bezüglich der krebsigen Erkrankung die Meinung weitere Geltung verschafft, daß es sich bei doppelseitigen Ovarialkarzinomen wohl meist nur um Metastasen handelt, deren Primärtumor dem Magendarmkanal oder Uterus angehört. Nach Amann, Stickel u. a. stellt das Ovarium einen besonders günstigen Boden für die Aufnahme karzinomatöser Elemente und die Entwicklung maligner Geschwülste dar. Weitere Beiträge, welche diese Anschauung stützen, werden von Engelhorn, Goullioud, Schenk, Sitzenfrey, Snoo gebracht.

Ersterer Autor hat aus einer Gesamtzahl von 80 malignen Ovarialtumoren, die an der Tübinger Klinik zur Beobachtung gelangten, 13 Fälle gesammelt, die eine gleichzeitige kazinomatöse Erkrankung der Ovarien und des Magens boten. Dieses Zusammentreffen dürfte daher als ein recht häufiges Vorkommnis zu bezeichnen sein. In einem Falle konnte Engelhorn den sicheren Beweis bringen, daß die Ovarialtumoren als Metastasen eines primären Magenkarzinoms aufzufassen waren, in drei anderen erschien die Annahme von zwei malignen Primärtumoren berechtigt. In den übrigen Fällen wurde zwar ein sicherer Nachweis für die eine oder andere Annahme nicht erbracht, doch nötigen die sich häufenden Beobachtungen, wie Verf. am Schlusse seiner Ausführungen hervorhebt, bei jeder Laparotomie von malignen doppelseitigen Ovarialtumoren eine genaue Inspektion und Palpation der Bauchorgane vorzunehmen, eventuell schon vor der Operation die Diagnose auf eine bösartige Magenerkrankung durch chemische Untersuchung des Mageninhaltes zu stellen.

Goullioud fand, daß außer dem Karzinom des Magens und Darmes in seltenen Fällen auch dasjenige der Gallengänge als Ausgangsherd für maligne Ovarialtumoren anzusprechen sei. Im allgemeinen seien daher letztere immer als Metastasen zu betrachten, wenn natürlich auch das Vorkommen primärer Neoplasmen der Ovarien nicht selten sei. Andrerseits könnte umgekehrt z. B. das Epitheliom des Eierstockes zu Metastasen im Verdauungstraktus führen, die primären Geschwülsten desselben gleichen, wie auch das Auftreten von zwei voneinander unabhängigen Tumoren häufig beobachtet worden sei. Auf Grund dieser Erfahrungen muß Verf. dieselben Forderungen wie erstgenannter Autor aufstellen. Genaue Untersuchung der Intestina bei der Operation maligne erscheinender Ovarialtumoren und andrerseits Besichtigung der Ovarien bei bösartigen Geschwülsten des Magens, des Darmes und der Gallengänge. Trotz der ungünstigen Prognose der Ovarialkarzinome, die gleichzeitig mit Neoplasmen der Bauchorgane bestehen, ist doch die operative Entfernung dieser Tumoren auf jeden Fall zu versuchen.

Auch Schenk und Sitzenfrey haben sich mit dieser Frage der sekundären Ovarialtumoren beschäftigt. Sie fanden ebenfalls, daß das gleichzeitige Vorkommen von Magen-, Darm-, Uterus- und Ovarialkarzinom kein seltenes Ereignis bildet. Sie verfügen über drei hierher gehörige, in der Franquéschen Klinik operierte Fälle, in denen die Ovarial- bzw. Uterusgeschwülste die sekundäre Erkrankung darstellen. Sie erklären diese Metastasierung durch unmittelbare Aussaat von Karzinomzellen auf die Ovarialoberfläche und, in gewissen Fällen, durch retrograde Verschleppung in den Lymphgefäßen. Bei der Komplikation von Magen- und Ovarialkarzinom macht in nicht wenigen Fällen die Eierstockerkrankung die ersten Erscheinungen, während der primäre Magenkrebs anfänglich überhaupt nicht nachweisbar sein kann, wie die erste der mitgeteilten Beobachtungen ergibt, bei der auch die chemische Magensaftuntersuchung im Stiche gelassen hat. Bezüglich der Behandlung ergeben sich für die Verf. folgende Punkte: In geeigneten Fällen ist der Versuch der operativen Entfernung beider Geschwulstherde gerechtfertigt, und zwar ist mit den Ovarialtumoren auch der Uterus zu entfernen. Die prinzipielle Wegnahme auch der makroskopisch unveränderten Ovarien bei Magen- und Darmkarzinom von seiten der Chirurgen würde die Dauerresultate dieser Operation bei Frauen im geschlechtsreifen Alter unbedingt verbessern.

Im Anschluß hieran sei ein weiterer Fall Sitzenfreys mitgeteilt, in welchem zwei Jahre nach einer Radikaloperation wegen doppelseitigen Karzinoms der Ovarien ein solches der Mamma, und zwar an zwei Stellen auftrat. Die früher entfernten Tumoren erwiesen sich als Adenokarzinome und zeigten auf der Oberfläche papilläre Wucherungen, die aus der Wandung hervorquollen. Von den krebsigen Knoten der Brustdrüse wird der kleinere nach genauer mikroskopischer Untersuchung als ein primäres Karzinom angesprochen, während bezüglich der Entstehung des größeren nach Verf. drei Möglichkeiten in Betracht kommen: Entweder ist der Tumor ebenfalls ein primäres Karzinom oder eine Metastase; letztere Entstehungsursache ließe wieder die Ableitung sowohl von dem kleineren Karzinomherd der Mamma als auch von einem der beiden operierten Ovarialkarzinome zu, von welchen sehr zahlreiche Rezidivknoten gelegentlich einer gleichzeitigen Laparotomie wegen Bauchbruches in verschiedener Größe im Douglas, auf dem Peritoneum, entlang der Wirbelsäule und am Darm zu finden waren. Allerdings treten Metastasen von Ovarialtumoren in der Brustdrüse außerordentlich selten auf und der umgekehrte Vorgang, die Metastasenbildung am Ovarium, Uterus und Tuben bei primärem Magenkarzinom, ist der viel häufigere. Doch liegt eine ähnliche Beobachtung wie im vorliegenden Fall bereits in der Literatur vor (Walter, aus der Schatzschen Klinik, 1887). Mit Rücksicht auf die Rezidivierung und Metastasierung selbst an entfernteren Stellen und nach längerer Zeit sind die Dauererfolge selbst unkomplizierter Ovariotomien wegen Karzinoms ungünstige, so daß, wie Sitzenfrey des weiteren ausführt, Hofmeier mit Recht behaupten dürfe, daß ein Fall von Dauerheilung nach der Entfernung von doppelseitigen karzinomatösen Ovarialgeschwülsten in der Literatur kaum zu bestehen scheine.

Auch ein von De Snoo beobachteter Fall von Ovarialkarzinom war metastatischer Natur. Hier wurde zunächst der Befund eines Magenkarzinoms erhoben und erst $^1/_2$ Jahr später ein großer Ovarialtumor mit starker Aszitesbildung diagnostiziert. Gastroenterostomie, da sich der Magenkrebs als inoperabel erwies, Ovariotomie; nach $^1/_2$ Jahr Exitus (Lungenmetastasen). Die mannskopfgroße Ovarialgeschwulst zeigte auf dem Durchschnitt eine gleichmäßige, speckige Konsistenz, mikroskopisch sah man

stark gewuchertes Bindegewebe mit reicher Entwicklung polygonaler Zellen, die vielfach in Nestern gelagert, hauptsächlich den Lymphbahnen folgten.

Um ein primäres Ovarialkarzinom scheint es sich dagegen in dem von Zickel operierten Fall gehandelt zu haben. Dasselbe war bei einer erst 21jährigen Primipara (7. Monat) aufgetreten und hatte zu fast vollständiger Anurie geführt. Ovariotomie, auch wegen des zu erwartenden Geburtshindernisses, Frühgeburt, lebendes Kind, spontan. Die kindskopfgroße Geschwulst erwies sich als Adenokarzinom. Kaum drei Monate später Exitus der vorher blühenden Frau an Rezidiven, die Zyste war vor der Operation nach Repositionsversuch rupturiert.

In einer umfassenden Arbeit, die sich auf 15 eigene, klinisch gut beobachtete und pathologisch-anatomisch sorgfältig untersuchte Fälle stützt, werden von A. Louise, Mc Ilroy die Eigenschaften des primären Ovarialkarzinoms klargelegt und unter eingehender Berücksichtigung der Literatur die Theorien der Entstehung dieser Tumoren einer Kritik unterzogen. Zunächst stellt Verf. betreffs der klinischen Erscheinungen folgende Ergebnisse fest: Das primäre Karzinom des Ovariums tritt gewöhnlich in oder nahe der Menopause auf, doch findet es sich auch in jüngeren Jahren. Einen ausgesprochenen Einfluß auf die Menstruation übt es insofern aus, als es diese sehr häufig aussetzen läßt; Schwangerschaften scheinen das Entstehen dieser Neubildung weder zu fördern noch aufzuhalten. Aszites ist wohl in den meisten Fällen vorhanden. Das Auftreten von Metastasen hängt von der Dauer des Leidens und dem soliden Bestand der Tumorkapsel ab. Rezidive sind wahrscheinlich; wenige oder gar keine Symptome lassen die Diagnose mit Sicherheit auf Malignität der Geschwülste stellen. In pathologisch-anatomischer Beziehung fanden sich diese Verhältnisse: Wenn auch meist beide Ovarien von der Erkrankung betroffen sind, ist doch bisweilen der Prozeß in dem einen weiter vorgeschritten; in dem Frühstadium ist die Tumorkapsel fest und besteht aus fibrösem Gewebe, später wird auch diese durchbrochen und die Geschwulst bildet Oberflächenproliferationen. Das Oberflächen- oder Pseudokeimepithel läßt sich an den Tumoren gewöhnlich nicht nachweisen, ebenso fehlen in der Regel Eier, Graafsche Follikel und Corpora lutea. Zeichen vorausgegangener, anderweitiger pathologischer Prozesse sind meist vorhanden. Das karzinomatöse Gewebe findet sich am reinsten in den verdickten Partien der Zystenwandung und bei den soliden Formen in der Rinde und den Furchen. Die epithelialen Zellgebilde stammen von den Zellen der Follikel und des Keimepithels ab; die sog. „Eier“ sind degenerierte Massen von Protoplasma, sie stellen retrogressive Produkte der Follikelzellen dar, die pseudomuzinös und kolloid entartet sind; Karyokinese kommt vor, ist aber nicht charakteristisch für diese Tumoren. Bezüglich der Genese der karzinomatösen Ovarialgeschwülste läßt Verf. zum Schluß die Vermutung durchblicken, daß eventuell die Follikelzellen, die, aus Bindegewebe stammend, unter dem Einflusse der Keimzelle oder des Eies den Charakter von Epithelzellen annehmen, vielleicht unter dem Einfluß ähnlicher Zellen, d. h. der Pseudokeim- oder Oberflächenepithelzellen einen solchen Charakter annehmen und zum Ursprung des Karzinomes werden könnten.

In anderer Richtung bewegen sich die Erklärungen, die Massabuau bezüglich der Entstehung der malignen Geschwülste des Ovariums unter ihnen besonders des Karzinoms, gibt. Es ist schon erwähnt worden, daß Verf. alle Tumoren, die auf Kosten der epithelialen Elemente des Eierstockes entstanden sind, auf ein gleiches Anfangsstadium, das Adenom, zurückführt und so werden aus einer Abart desselben, der zystisch-mukoiden Form, die einfachen Kystadenome, die multilokulären Kystome und die karzinomatös entarteten abgeleitet. Nimmt das

Adenom einen papillären Charakter an, so entstehen die verschiedenen papillären Kystome benigner und maligner Art. Ferner kann sich erstgenanntes in ein solides, nicht papilläres Karzinom umformen, von denen es zwei Arten gibt: das Adenokarzinom und das reine alveoläre. Je nach dem Charakter des Stroma finden sich ferner: das fibröse, myxomatöse und sarkomatöse Karzinom, und nach der Form der Zellelemente das Riesenzellenkarzinom. Die hautepithelialen Bestandteile des Ovariums, welche den Ausgangspunkt der einfachen Neoplasmen bilden, sind das follikuläre Epithel und das Oberflächenepithels des Eierstockes. Schließlich werden am Ovarium krebsige Neubildungen gefunden, welche zelluläre Elemente einschließen, die den Charakter der normalen Zellgebilde des fötalen Chorion aufweisen: die Chorionepitheliome, welche Verf. in die reinen Chorionepitheliome und solche mit teratoiden Formationen einteilt. Die Differentialdiagnose der Chorionepitheliome mit gewissen angioplastischen Sarkomen ist oft sehr schwer. Bezüglich dieser ersteren werden von Verf. drei Theorien der Genese angeführt: Die Theorie des teratoiden, embryonalen Ursprungs, diejenige der synzitialen Embolie und die der Entstehung der Chorionepitheliome aus Resten einer geborstenen Eierstocksschwangerschaft.

In einer „Über eiähnliche Bildungen in Ovarialtumoren" betitelten Arbeit erörtert Blau das histologische Verhalten und die Deutung der sog. Primordialeier in Ovarialkarzinomen. Bekanntlich werden diese Gebilde von einer Reihe von Autoren (Acconci, Emanuel, Schröder, Gottschalk, Amann) als von Primordialfollikeln abstammend gedeutet, während andere (Polano, Liepmann) diese als retrogressive Metamorphose oder Anaplasie der zentralen Geschwulstzellen erklären. Auch A. Louise Mc Ilroy bezeichnet, wie schon ausgeführt worden ist (s. o.), diese sog. „Eier" als degenerierte Massen des Protoplasma und retrogressive Produkte der Follikelzellen, die speudomuzinös und kolloid entartet sind. An der Hand eines derartigen Falles (33jährige Nullipara mit solidem, orangegroßem malignen Ovarialtumor) weist nun Blau nach, daß es sich in der Tat bei diesen eiähnlichen Gebilden nur um hyaline Umwandlung des Bindegewebsstroma, dessen Produkte von radiär gestellten Geschwulstzellen umgeben werden, handelt, oder um tropfenförmige, den begleitenden Gefäßen entstammende Transsudation, um welche sich Geschwulstzellen gruppieren. Die genannten Tumoren gehen also wie auch in dem vorliegenden Falle nicht von den Follikeln aus, sondern sind Drüsenkarzinome mit eiähnlichen Bildungen (Carcinoma folliculoides ovarii).

Die Wechselbeziehungen zwischen Uterus- und Ovarialepitheliom sind Gegenstand einer Abhandlung von Albertin und A. Jambon. Die Grundlage zu dieser boten folgende, sehr interessante Fälle: Eine 25jährige Frau mit Uteruskoliken zeigte einen stark vergrößerten Uterus und rechts von ihm einen kindskopfgroßen Tumor; freier Aszites. Bei der Laparotomie erwies sich der Uteruskörper von einer Geschwulst befallen, ebenso war das rechte Ovarium in eine kindskopfgroße Geschwulst umgewandelt. Die mikroskopische Diagnose lautete auf Epitheliom. Sehr bald nach der Operation zeigte sich ein Rezidiv, welches auch durch Laparotomie nicht mehr zu entfernen war. Im zweiten Falle fand man bei einer 57jährigen Pat. einen durch Myome vergrößerten Uterus und links von ihm einen großen, harten Tumor. Supravaginale Amputation des Uterus und Entfernung der Eierstocksgeschwulst, die sich als ein zylindrisches Epitheliom erwies, desgleichen war der Uterus von einem Epitheliom durchsetzt. Verf. schließen aus diesen Fällen, daß bei einer

malignen Ovarialgeschwulst stets an eine gleichartige Erkrankung des Uterus zu denken und dieser mit zu entfernen ist. Es kann sich bei dieser gleichzeitigen Affektion entweder um Metastasierung des Uterustumors im Ovarium handeln oder um eine unabhängig voneinander auftretende Geschwulstbildung im Uterus und Ovarium.

Entsprechend des selteneren Vorkommens der Ovarialsarkome, die nur im Kindesalter eine häufigere Beobachtung erfahren, sind auch die diesbezüglichen Mitteilungen weniger zahlreich. Unter diesen beansprucht jedoch eine Arbeit Birchers wegen der Seltenheit des Falles (kombiniert mit Gravidität) und eingehenderen Behandlung des Themas, insbesondere in histologischer Beziehung, ein erhöhtes Interesse. Nach den Ausführungen des Verf. ist die Mehrzahl der Ovarialsarkome spindelzelliger Natur, die Rundzellensarkome sind viel seltener anzutreffen; beide zusammen betragen nach Pfannenstiel ca. 5% aller Ovarialgeschwülste. Die Spindelzellen entstammen dem Stroma des Ovariums und sind häufig mit einer sehr reichlichen Wucherung der Gefäße begleitet. Die Sarkome bevorzugen das kindliche Alter und über 40% der Fälle entfallen unter das 25. Lebensjahr. Besonders bösartiger Natur sind die Rundzellensarkome, sie übersäen sehr frühzeitig Bauchfell, Netz, Uterus und Tuben, sowie auch die Intestina mit ihren Metastasen, während die langsamer wachsenden Fibrosarkome wenig Neigung haben, Metastasen zu bilden, dagegen können sie recht häufig schrankenlos in das umgebende Gewebe vordringen und Organe in sich aufgehen lassen, so Darm, Taube, Ligamentum latum, häufig auch Teile des Uterus (siehe auch Kelly). In dem vorliegenden Falle handelte es sich um ein Fibrosarkom (mikroskopische Diagnose). Daneben bestand eine Gravidität im 4. Monate. Der Tumor war in der Schwangerschaft auffallend rasch gewachsen, so daß Verf. geneigt ist, der Ansicht von Olshausen und Spiegelberg beizutreten, daß durch die vermehrte Blutzufuhr zu den Beckenorganen infolge der Gravidität das Wachstum von Ovarial- und Uterustumoren angeregt wird. Die Neubildung hatte zu zahlreichen Verwachsungen mit dem Peritoneum geführt und außer dem rechten Ovarium auch das Ligamentum latum und das rechte Uterushorn eingenommen, wo sie aus der Muskulatur herausgeschält werden mußte. Pat. ist über 3 Jahre noch rezidivfrei. Der Fall dürfte daher aufs deutlichste beweisen, daß grundsätzlich alle Tumoren des Ovariums auch während des Bestehens einer Gravidität zu entfernen sind. Die Arbeit schließt mit einer Zusammenstellung der Ovariotomien während der Schwangerschaft und der Ergebnisse für Mutter und Kind.

Kelly teilt einen Fall von Rundzellensarkom des Ovariums mit, der in gleicher Weise das destruierende Vordringen dieser Neubildung darstellte. Eine 53jährige Nullipara, bis vor 1/2 Jahr regelmäßig menstruiert, zeigte im unteren Teile des Abdomens eine bis zum Nabel reichende Geschwulst von rundlicher Form und harter Konsistenz; aus der Zervix trat ferner eine weiche, unregelmäßige Masse hervor, die ohne großen Blutverlust mit dem Finger ausgeschält werden konnte, sich aber weiter in den Uteruskörper verfolgen ließ. Da die mikroskopische Untersuchung dieser Geschwulstmasse ein Rundzellensarkom feststellte, wurde die Laparotomie ausgeführt, aber wegen allseitiger Verwachsungen des Tumors abgebrochen. Bei der Sektion (2. Tag) fand sich, daß der Tumor vom linken Ovarium ausging und die Uteruswand oberhalb der Zervix durchbrochen hatte; der übrige Teil des Uterus zeigte normale Verhältnisse.

Ein Sarcoma mucocellulare alveolare und Perithelioma bzw. Sarcoma perivesiculare findet sich ferner in einer noch später anzuführenden Arbeit v. Velits verzeichnet.

Eine Dissertation Ritzmanns behandelt speziell die Frage der Ovarialtumoren bei Kindern. Er konnte aus der Literatur ca. 200 Fälle sammeln und fügt diesen 5 weitere, die an der Breslauer Klinik zur Beobachtung gelangten, hinzu. Als Grenze des Kindesalters war das 15. Lebensjahr angesetzt worden. Von diesen neuen Fällen waren 3 Sarkome und 2 Dermoide, während die sonst so häufig vorkommenden pseudomuzinösen Kystome nicht vertreten waren. Verf. stützt demnach die allgemein bekannte Tatsache, daß die Ovarialtumoren bei Kindern in der großen Mehrzahl maligner und vorzugsweise sarkomatöser Natur sind, durch einen weiteren Beitrag. Das häufigere Vorkommen der Sarkome gegenüber den Karzinomen sei nicht auffallend, da von den malignen Neubildungen erstere im Kindesalter an und für sich zahlreicher seien als letztere und ferner der bindegewebige Bau des kindlichen Ovariums mehr zu derartigen Geschwülsten neige.

Eine sehr mannigfaltige Bearbeitung haben die ovulogenen Neubildungen der Ovarien, die Dermöide und Teratome gefunden. Nächst den kasuistischen Mitteilungen ist es vorzugsweise das Auftreten maligner (karzinomatöser und sarkomatöser) Degeneration dieser Geschwülste und komplizierender Nebenbefunde, welches eine erhöhte Beachtung erfahren und gezeigt hat, daß die Prognose dieser Tumoren stets zweifelhaft zu stellen ist. Kasuistische Beiträge zu dem Vorkommen der Dermoide sind mitgeteilt worden von:

Maiss, der eine Vereiterung eines Dermoidkystoms im Verlaufe des Wochenbettes beobachtete. Eröffnung eines eitrigen Douglasexsudates und der vereiterten Zyste. Später Laparotomie und Entfernung des Zystensackes. Heilung.

Mendels demonstrierte in der Niederländischen Gesellschaft für Gynaekologie ein sehr großes Ovarialdermoid, welches die außergewöhnliche Menge von 15—16 *l* Dermoidbrei enthielt; die Zystenwandung zeigte zudem an einzelnen Stellen karzinomatöse Degeneration.

Ein überfaustgroßes Ovarialteratoid beobachtete Pinkuss bei einem 10jährigen Mädchen, dessen Uterus rudimentär entwickelt war und dessen zweites Ovarium, kleinpflaumengroß, zystisch degeneriert war. An Stelle des Uterus fand sich ein gabelig geteilter Bindegewebsstrang, an dessen beiden Enden das Ovarium bzw. der Tumor saß. Die Vagina war 5 *cm* lang und endigte blind. Die übrigen Genitalien waren normal entwickelt. Auf dem Boden des Douglas wurden 8—10 gelblich glänzende, stecknadelkopf- bis senfkorngroße Auflagerungen als Kontaktmetastasen gefunden. Nach einem Jahre war Pat. noch rezidivfrei.

Einen in mehrfacher Beziehung interessanten Fall von Dermoidzyste operierte Heim. Der Tumor, offenbar vom linken Ovarium ausgegangen (denn bei der Laparotomie fehlten die gesamten linkseitigen Adnexe), hatte im Verlaufe der Jahre durch Torsion das ganze Stielgebilde samt der linken Tube zum vollständigen Schwund gebracht, so daß der Tumor frei in der Bauchhöhle lag. Infolge mehrfacher entzündlicher Vorgänge war derselbe Verwachsungen mit der rechten Tube, mit dem Netz und der Harnblase eingegangen und auf diese Weise ernährt worden. Auch eine vor 13 Jahren ausgeführte Probepunktion gelegentlich einer Geburt hatte wohl viel zu den Verwachsungen mit beigetragen.

In einem von Jaboulay mitgeteilten Falle von Dermoidkystom zeigte es sich bei der Operation, daß der Tumor sich breit im rechten Ligamentum latum entwickelt und auch das linke etwas entfaltet hatte, also vollkommen außerhalb der Peritonealhöhle saß. Die Geschwulst, die sich tief in den Douglas erstreckte, konnte nur mit Mühe aus ihrem Bett herausgeschält werden.

In einer umfassenden Arbeit über die Histologie und klinische Bedeutung der Ovarialkystome sowie die Dauererfolge der Ovariotomie beschäftigt sich v. Velits auch mit den selteneren Geschwülsten des Ovariums. Einige derselben, gewisse Sarkomarten, waren schon früher erwähnt worden. Des weiteren beschreibt er einen Fall von Struma ovarii colloides; diese Neubildung saß in der Wand eines pseudomuzinösen Kystoms. Da die Trägerin desselben mit einem sehr umfangreichen Kropf behaftet war, könnte zur Genese der Struma ovarii die Kretzschmarsche metastatische Entstehungstheorie herangezogen werden, wenn sich in der Nähe des Tumors in derselben Zyste nicht eine mit Haaren gefüllte Dermoidzyste befunden hätte, so daß also die Struma mit Walthard als entodermale Teratombildung aufzufassen ist, deren Ursprung identisch ist mit dem der Embryome. Auch andere Autoren neigen zu dieser letzteren Theorie (Pick). v. Velits konnte ferner in fünf Fällen das Zusammentreffen von Dermoid und Cystoma pseudomucinosum beobachten, einmal die Kombination von Dermoid und Adenoma serosum papillare („Flimmerpapillärkystom" des Verf.). Zieht man als 3. Kombinationsglied neben Zyste und Dermoid und Zyste plus Struma noch das, wenn auch seltene, aber sicher beobachtete Vorkommen von Zyste und Teratom (Rothe) in Betracht, so dürfte nach Verf. unwillkürlich die Aufmerksamkeit auf die Ribbertsche histogenetische Auffassung gelenkt werden, nach der auch die Zysten zu den Embryomen zu rechnen sind, in denen nur ein Abkömmling des Entoderms einseitig zur Entwicklung gelangt ist.

Zur Frage der primären Krebsdegeneration der Dermoidzysten der Ovarien hat Gorisontow einen Beitrag geliefert. Er fand bei einer 45jährigen Nullipara ein über faustgroßes Ovarialdermoid, dessen mikroskopische Untersuchung eine beginnende krebsige Degeneration zeigte; das Karzinom war seiner histologischen Natur nach ein Plattenepithelkankroid, ausgehend vom Epithel des Tumors. Auf Grund dieses Falles und des Studiums der in der Literatur niedergelegten kommt Verf. zu folgenden Schlüssen: 1. In der Ätiologie der krebsigen Degeneration der Dermoidzysten ist die chemische und mechanische Wirkung des Inhalts der Zyste von Bedeutung: Die Produkte des zerfallenden Inhaltes rufen eine beständige Reizung der umgebenden Teile und eine Proliferation der Zellenelemente, auch des Epithels, hervor, die bei allmählich steigendem Innendruck in die Tiefe des Gewebes eindringen. 2. Theoretisch sind im Dermoid alle pathologisch-anatomischen Formen des Krebses möglich, doch ist bis jetzt in Dermoidzysten noch kein Fall von Adenokarzinom festgestellt worden, sondern ausschließlich Plattenepithelkrebse; von den beiden Unterabteilungen des Hautkrebses (Perlkrebs und drüsiger Oberflächenepithelkrebs [Krompecher]) kommt in den meisten Fällen der krebsigen Degeneration der Dermoide die Perlform vor. 3. Der klinische Verlauf des Perlkrebses ist sehr bösartig, von den 26 beschriebenen Fällen wurde in keinem derselben durch die Operation Heilung erzielt; gewöhnlich ging die Pat. während der ersten Monate nach der Operation zugrunde. 4. Die einzig sichere Methode der Bekämpfung dieser Krankheit ist die Entfernung aller Dermoide zu einer Zeit, wo sie an und für sich noch gutartige Neubildungen sind.

Den sehr seltenen Fall eines Dermoids des Parovariums teilt Czyzewicz der Literatur mit. Er entfernte durch Laparotomie bei einer 41jährigen Frau zwei Ovarialtumoren, die ein und derselben Seite (rechts) angehörten. Die Tumoren, beide etwa gänseeigroß, erwiesen sich als Dermoide, von denen das eine, dem Ovarium entsprechend, einen schmierigen Inhalt und einen hufeisenförmigen Knochen, an

den Kiefer erinnernd, zeigte, während das andere nur mit dem gewöhnlichen schmierigen Brei gefüllt war. Die Herkunft dieses zweiten Dermoids war schwieriger zu ergründen, entweder entstammte die Geschwulst einem überzähligen Ovarium (einen derartigen Fall beobachtete Gerstenberg, Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gyn. zu Berlin, Zentralbl. f. Gyn., 1906, Nr. 20), oder dem Parovarium. Da trotz gewissenhafter Untersuchung weder im Stiel des Tumors noch in der Geschwulst Ovarialgewebe nachzuweisen war, ist Verf. geneigt, die Neubildung als ein Dermoid des Parovariums anzusehen. In der Literatur fand sich bereits ein gleicher Fall verzeichnet (Veits Handbuch der Gynaekologie). Nach Czyzewicz gehören Geschwülste des Nebeneierstocks, ausgenommen die sehr häufigen Zysten, zu den größten Seltenheiten, so daß nur sehr wenige Autoren Fälle angeben können, wo Karzinome, Sarkome, Fibroadenome gefunden worden sind.

Die Literatur der Teratome (maligne Embryome der Ovarien) hat gleichfalls durch zwei Beiträge eine Bereicherung erfahren. Wir finden in einer Veröffentlichung H. T. Hicks' und J. H. Targetts bezüglich der Seltenheit dieser Geschwülste die Bemerkung, daß Sänger die Zahl der bekannt gewordenen sicheren Fälle von Teratomen auf 14 angibt, während sie Pfannenstiel auf nur 10 berechnet. Hicks und Targett selbst konnten nur 11 einwandfreie Fälle aus der Literatur sammeln und fügen 2 neue hinzu. In beiden Fällen handelte es sich um sehr jugendliche Personen (14jähriges Mädchen und 4jähriges Kind). Die Tumoren, deren mikroskopische Untersuchung die Bestandteile sämtlicher Keimblätter im losen Durcheinander nachwies, waren exquisit maligner Natur und rezidivierten in kürzester Zeit.

Einen weiteren Fall von Teratom des Ovariums, und zwar ein doppelseitiges, teilt Kartunbkauskaja mit: Ein 14jähriges Mädchen zeigte eine starke Auftreibung des Leibes und palpatorisch einen bis zum Nabel reichenden Tumor. Bei der Laparotomie fand sich ein fast kindskopfgroßer linkseitiger und faustgroßer rechtseitiger Ovarialtumor, deren mikroskopische Untersuchung Teratome feststellte. Ihr Inhalt bestand aus Nervengewebe (Großhirnzellen, Spinalganglien, Neuroglia), Zähnen, Knochen, Knorpel, einer embryonalen Zahnanlage, Pigment. Verf. fand in dem Aufbau der Neubildung eine gewisse Gesetzmäßigkeit und zählt beide den eigentlichen Teratomen zu. Vorläufige Heilung.

Ergänzungsweise bringt Ref. noch einige Arbeiten über Ovarialveränderungen, die das vorliegende Thema nur streifen:

Hämatom des Ovariums und seine pathologische Beziehung zum Graafschen Follikel (Smallwood Savage[1]), Fall von Lymphangiom des großen Netzes, kombiniert mit Ovarialkystom (Hainzelmann[2]), 2 Fälle von Stieldrehung einer Eierstocksgeschwulst mit Vortäuschung anderer Zustände (James Weir[3]).

---

[1]) Smallwood Savage: Brit. gyn. Journ., LXXXIV, Februar 1906 (Schmidts Jahrbücher, 1907, 293).

[2]) Deutsche med. Wochenschr., 1906, Nr. 49.

[3]) The Glasgow med. journ., 1907, April. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 45.

Vereinsberichte.

Aus deutschen Vereinen und Gesellschaften. Ref. Dr. H. Palm, Berlin.

Ein ausführliches Referat über die Ursachen und die Behandlung der uterinen Dysmenorrhöe erstattete Herr Fuchs in der Sitzung der Ost- und Westpreußischen Gesellschaft für Gynaekologie in Danzig am 15. Juni 1907: Bis vor etwa 25 Jahren galt die mechanische Behinderung des Blutabflusses allgemein als der alleinige ätiologische Faktor der Menstrualkolik. Bei der genauen kritischen Prüfung dieses Grundsatzes während der letzten Jahrzehnte vermochte man indessen keine exakten Beweise für die Richtigkeit dieser Auffassung beizubringen, so daß dieselbe immer mehr verlassen, wenn auch noch nicht gänzlich aufgegeben wurde. Insbesondere spielt die Vereinigung des mechanischen Momentes mit dem durch die menstruale Kongestion hervorgerufenen auch heute noch für viele Gynaekologen eine große Rolle bei der Entstehung der Dysmenorrhöe. Bei rein entzündlichen und kongestiven Zuständen tritt dieselbe nur selten auf, wenn auch ein Kausalnexus nicht zu bestreiten ist. Allgemein wird anerkannt, daß bei der Mehrzahl der Dysmenorrhöen pathologisch-anatomisch keine Veränderungen nachweisbar sind. Von den neueren, funktionellen Theorien werden erwähnt der von V. Schultz angenommene Kapselspannungsschmerz, der durch ungenügende Entwicklung und mangelhafte Aktion der Uterusmuskulatur bedingt ist, ferner die von Stolper als ursächliches Moment beschuldigten Zirkulationsstörungen im kleinen Becken und schließlich die Theilhabersche Erklärung, nach welcher jeder Menstrualkolik ein Krampf der zirkulären Muskelfasern am inneren Muttermund zugrunde liegt. Eine allseitig befriedigende Erklärung des Wesens der Dysmenorrhöe ist aber auch durch diese Theorien nicht gegeben, wenn auch manches für ihre Richtigkeit spricht. Die Tatsache, daß die Trägerinnen einer durch anatomische Veränderungen nicht begründeten Dysmenorrhöe fast stets anderweitige Zeichen von Neurasthenie darbieten, läßt die neuerdings von vielen Autoren vertretene Auffassung als Teilerscheinung einer allgemeinen Neurose berechtigt erscheinen. Als Grundsätze für die Behandlung müssen daher gelten, daß anatomische Ursachen durch möglichst schonende lokale Therapie zu beseitigen sind und daß beim Fehlen solcher eine gründlich durchgeführte Allgemeinbehandlung in Verbindung mit palliativen und suggestiven Maßnahmen, zu welchen auch von Fuchs die Kokainisierung der nasalen Genitalstellen und die Ausführung leichter operativer Eingriffe gerechnet werden, am Platze ist.

In der Diskussion betont Herr Winter, daß bei der Erklärung der Dysmenorrhöe vielfach zu einseitig vorgegangen wird, man läßt entweder nur die eine oder die andere Ätiologie gelten. Das ist falsch, da die Dysmenorrhöe viele Ursachen haben kann, wenn auch das Kardinalsymptom, der uterine Schmerz, in allen Fällen das gleiche ist. Die mechanische Dysmenorrhöe, hervorgerufen durch Verschluß des Zervikalkanales infolge geschwollener Schleimhautfalten, wird für nicht wenige Fälle von Winter anerkannt, ebenso die auf entzündlicher Basis beruhende Menstrualkolik. Dilatation und Abrasio wirken hier sehr oft direkt heilend. Bei der Behandlung der nervösen Dysmenorrhöe sah Winter von den als spezifisch wirksam gepriesenen Mitteln, wie Fomitin, Amasira keinen Erfolg, wohl vom Antipyrin. Morphium und andere Opiate sollen nicht gegeben werden. Die Ausführungen der anderen Diskussionsredner Rosinski und Schroeder stimmen im wesentlichen mit denen Winters überein.

Auch in der Mittelrheinischen Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. (Sitzung am 6. Juli 1907 zu Frankfurt a. M.) bildete Herrn Kermauners Referat über Ätiologie und Therapie der Dysmenorrhöe den Gegenstand eines längeren Vortrages. In ähnlicher Weise wie bei den Fuchsschen Ausführungen werden die verschiedenen Theorien über die Entstehung der Dysmenorrhöe erörtert und in objektiver Weise kritisiert mit dem Ergebnis, daß bei der bisherigen Unklarheit der Pathogenese des dysmenorrhoischen Schmerzes eine theoretisch und praktisch befriedigende Einteilung des Erkrankungszustandes nicht möglich ist; ebenso wenig kann, abgesehen von den entzündlichen Dysmenorrhöen, die von manchen Autoren vorgeschlagene Einteilung nach den verschiedenen Teilen des Genitalsystems Anerkennung finden, insbesondere ist das Vorkommen einer ovariellen Dysmenorrhöe durch nichts bewiesen. Neuropathische Zustände und in zweiter Linie Hypoplasie bzw. Infantilismus des Genitalapparates müssen als ätiologisch wichtige Faktoren berücksichtigt werden, weniger

das mechanische Moment, für dessen Existenz zwar der häufig erzielte therapeutische Effekt spricht, das aber durch die bisher gegebenen Erklärungsversuche nicht hinreichend gestützt ist. Des weiteren erörtert Kermauner die Möglichkeit, daß die Quelle des dysmenorrhoischen Schmerzes nicht im Uterus selbst, sondern in dem durch großen Reichtum an Nervenbahnen ausgestatteten Beckenbindegewebe namentlich in den Ligg. sacrout. zu suchen sein dürfte. Bei der Besprechung der Therapie betont Vortragender zunächst die Prophylaxe, wonach eine auf unseren modernen Anschauungen gegründete Hygiene des sexuellen Lebens, schon in der Kindheit beginnend, unbedingte Forderung ist. Bei bestehender Dysmenorrhöe ist eine der Schwere des Falles anzupassende kausale Behandlung durchzuführen. Vernünftige Lebensweise, ausreichende Bewegung in der menstruationsfreien Zeit, Ruhe während der Periode, Regelung der Darmfunktion, Behandlung der gleichzeitig bestehenden Chlorose werden schon in leichten Fällen gute Erfolge bringen. Daneben können Hydrastica verabreicht oder auch bei der Möglichkeit des Bestehens einer nasalen Dysmenorrhöe die in ihrer Wirkung noch ungeklärte aber oft erfolgreiche Kokainisierung der Genitalstellen in der Nase vorgenommen werden. Besteht eine Hypoplasie des Uterus, so ist eine Weiterentwicklung des Organs bzw. des ganzen Körpers anzustreben, für welche eine große Zahl von Mitteln, warme protrahierte Bäder, Vaginalduschen, Thure-Brandtsche Gymnastik, Medikamente, wie Salizylsäure, Kalium hypermang., Apiol u. a., ferner die intrauterine elektrische Behandlung usw. empfohlen sind. Als erfolgreiche Behandlungskur bei der nervösen Dysmenorrhöe wird neben den alltäglich angewandten Methoden der Allgemeinbehandlung, des Gebirgsaufenthaltes, der Seeluft usw. der Hypnose erwähnt. Es folgt sodann die Besprechung der operativen Behandlung: der Sondierung, Dilatation auf blutigem oder unblutigem Wege, der Kastration, vaginalen Totalexstirpation. Für die symptomatische Therapie der Dysmenorrhöe ist im Laufe der Zeit eine Anzahl chemischer Präparate empfohlen worden, von denen die wichtigsten angeführt werden. Kermauner schließt mit den Worten, daß die Behandlung der Dysmenorrhöe während der letzten drei Jahrzehnte keinen bemerkenswerten Fortschritt zu verzeichnen habe.

In der Diskussion betont Herr Heil die hohe Bedeutung der Allgemeinbehandlung bei anämischen Patientinnen.

Herr Polano weist in seinem Vortrage: Zur Behandlung der Dysmenorrhöe in der fränk. Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. zu Würzburg am 30. Juni 1907 auf ein neues, in der Ausführung einfaches Verfahren hin, das ihm in einer Reihe von Fällen, bei denen alle die vorhin erwähnten Heilmittel versagt hatten, recht befriedigende Resultate lieferte. Von der Überlegung ausgehend, daß der Menstruationsvorgang unter dem Einflusse biologischer Kräfte des Ovariums erfolgt und daß ferner ein Antagonismus zwischen der physiologischen Funktion von Ovarium und Brustdrüse besteht, sucht Polano durch künstliche Hyperämie der Brustdrüse mittelst der bei der Mastitisbehandlung verwendeten Sauggläser eine Mehrleistung dieses Organes herbeizuführen. Durch diese erhöhte Funktionstätigkeit der Brustdrüse wird die physiologische Leistungsfähigkeit des Eierstockes herabgesetzt und hierdurch der bei der Dysmenorrhöe sich abspielende krankhafte Menstruationsvorgang in seiner Intensität gemildert. Enige Tage vor dem erwarteten Eintritt der Periode bis möglichst zum letzten Tage derselben werden beide Brustdrüsen täglich $\frac{1}{4}$—$\frac{1}{2}$ Stunde lang unter einmaligem Ab- und Neuaufsetzen einer möglichst großen Saugglocke in der bekannten, von Bier zur Behandlung der Mastitis empfohlenen Weise behandelt. Das Verfahren kann von den Patientinnen selbst ausgeführt werden. Neben der günstigen Beeinflussung der Menstrualkolik beobachtete Polano eine Verringerung und Retardation der häufig recht profusen und verfrüht auftretenden Menstrualblutung.

An der Diskussion über Polanos Vortrag beteiligen sich die Herren Simon, Raether und Menge, die über einige von ihnen beobachtete Fälle von Dysmenorrhöe bzw. Galaktorrhöe berichten.

In den Vortrage von H. Freund: Zur Behandlung der Dysmenorrhöe (Oberrh. Ges. f. Geburtshilfe u. Gynaekologie in Baden-Baden, Sitzung vom 10. Oktober 1907) erfuhren Polanos Ausführungen eine scharf abweisende Kritik. Unter näherer Begründung setzt Freund auseinander, daß von einem Antagonismus der Eierstocks- und Brustdrüsenfunktion gar keine Rede sein kann, im Gegenteil sprechen eine Reihe

physiologischer Erscheinungen bei der schwangeren wie nicht schwangeren Frau eher für eine Koordination. Die Annahme, daß durch die mittelst Saugbehandlung in den Brüsten hervorgerufene Blutstauung eine verminderte Ovarialtätigkeit veranlaßt wird, ist daher durchaus unberechtigt. Hingegen ist eine derartige Beeinflussung durch Reizung der Brustdrüsen bei der Gebärmutter zu erkennen, und zwar durch Auftreten von Kontraktionen, die profuse Menstruationen günstig beeinflussen. Für eine hierbei gleichzeitig auftretende schmerzlindernde Wirkung fehlt bisher jeglicher Beweis.

Im Anschluß hieran lasse ich die Besprechung eines Vortrages des Herrn Cramer: Einige Beobachtungen über die Funktion der weiblichen Brustdrüse, folgen, den derselbe am 11. März 1907 in der niederrhein. Ges. für Natur- und Heilkunde in Bonn hielt. Er weist auf die Abhängigkeit der Entwicklung der Mamma von der Funktion des Ovariums hin. Das von Ribbert ausgeführte Experiment, wonach die bei einem jungen Meerschweinchen exstirpierte und unter die Haut des Ohres des Tieres implantierte Brustdrüse bei der darauffolgenden Schwängerung des Meerschweinchens sich gut entwickelte und im Puerperium Milch sezernierte, beweist die Richtigkeit der Annahme, daß von dem Ovarium durch innere Sekretion Stoffe in den Kreislauf gelangen, die den Reiz für die Entwicklung der sekundären Geschlechtscharaktere, so z. B. der Brustdrüse, abgeben. Der vom Ovarium ausgehende Reiz ist aber bei Mensch und Tier nur für die Entwicklung der Brustdrüse bis zur Absonderung einer geringen milchartigen Flüssigkeit ausreichend, für die eigentliche Funktion der Brustdrüse, die Milchsekretion, ist eine überstandene Schwangerschaft unbedingte Vorbedingung. Dieselbe braucht jedoch bekanntlich keine ausgetragene zu sein. Vortragender beobachtete sogar einen Fall, bei dem die Schwangerschaft schon nach elf Wochen unterbrochen worden war; vom 5. Tage ab nach stattgehabtem Abort lief die Milch aus beiden Brüsten in Strömen, die Sekretion hielt in der Folgezeit unvermindert an, so daß die Wöchnerin 5 Monate lang die Funktion einer Amme vollauf erfüllen konnte. Die Frage nach dem direkten, die Milchsekretion auslösenden Reiz beantwortet Cramer dahin, daß sowohl das Aufhören des kindlichen Stoffwechsels, wie auch die Entleerung des Uterus für sich den Anstoß geben. Als weitere Schlüsse aus seinen an einer Reihe von Patientinnen gemachten Beobachtungen führt Vortragender an, daß die Laktation mehrere Jahre anhalten kann und daß es gelingt, auch längere Zeit nach der Geburt die vorher nicht tätige Brustdrüse zu genügender Funktion anzuregen. Die Milchsekretion geht unabhängig vom Ovarium vor sich; durch psychische Eindrücke nachhaltiger Art kann dieselbe plötzlich eine erhebliche Verminderung erfahren, die durch konsequentes Anlegen der Kinder wieder behoben werden kann.

In der Berliner gynaekologischen Gesellschaft fand das Thema der nasalen Dysmenorrhöe während mehrerer Sitzungsabende eingehende Besprechung. Dieselbe war veranlaßt durch den Vortrag des Herrn Siegmund: Heads Felder als Erklärung der nasalen Heilbarkeit von Leiden der weiblichen Geschlechtsorgane am 10. Jänner 1908 und des Herrn Koblanck: Über nasale Reflexneurosen, am 14. Februar 1908. Ersterer erklärt sich in seinen einleitenden Worten als überzeugten Anhänger der Fliessschen Lehre. Zahlreiche Beobachtungen während der letzten Jahre lassen es ihm als sicher erscheinen, daß sowohl Schmerzempfindungen (Dysmenorrhöe, Wehenschmerz) wie Blutungen (Meno- und Metrorrhagien) durch die Behandlung der Genitalstellen in der Nase (untere Muschel und Tuberkulum septi) günstig zu beeinflussen sind, auch beobachtete er eine wehenerregende Wirkung durch dieselbe. Als Erklärung für die Einwirkung der Nase auf diese drei verschiedenen Systeme führt Siegmund an der Hand schematischer Zeichnungen die von Fliess aufgestellte Behauptung an, daß die betreffenden Nasenstellen ein Ministerium für alle sog. Segmente des menschlichen Körpers darstellen und daß diese letzteren aus Teilen der erwähnten drei Systeme bestehen, nämlich einem Wirbel (Sklerotom), einer Muskelgruppe (Myotom), einem Hautstück (Dermatom), ein paar Nervenwurzeln und einem Gefäßbogen, die ihrerseits wieder durch Nervenbahnen mit inneren Organen in Verbindung stehen, daß weiterhin Head fand, daß diese Segmente bei Erkrankungen der inneren Organe, z. B. der weiblichen Geschlechtsorgane, bestimmte Überempfindlichkeiten zeigen, die durch Kokainisierung der Nasenstellen ausgelöscht werden können. Der bei gewissen Erkrankungen auftretende Schmerz ist ebenfalls an das zugehörige Segment gebunden, so z. B. der dysmenorrhoische Schmerz an ein

Rückenmarkssegment, und nach Siegmunds Vorstellung geht der den Schmerz bewirkende Reiz vom Unterleib in das zuständige Rückenmarkssegment, von diesem mittelst Sympathikusfasern zur Nase, macht dort die Veränderung an den Genitalstellen und erregt dann erst im Hirn die Schmerzempfindung. Die nasale Behandlung kann danach nur bei der an die segmentliche Schmerzleitung gebundenen Form der nervösen Dysmenorrhöe und nicht bei der durch organische Erkrankungen hervorgerufenen von Einfluß sein. Betreffs der Entstehung und Entwicklung der Segmente gibt Siegmund die phylogenetische Erklärung, daß dieselben früher Einzelwesen waren, die die Natur zusammenschweißte, um die höhere Lebensform eines zusammengesetzten Tieres zu bilden. Bei der weiteren Entwicklung zu dem höheren Organismus eines Einheitstieres bildeten sich die Einzelwesen dieser Kette zu Querstücken oder Segmenten um, die alle einer als Obrigkeit fungierenden Stelle, und diese ist beim Menschen nach Siegmunds Auffassung die Nase, unterstellt sind.

Nach einem historischen Überblick über die Arbeiten, die auf den Zusammenhang der Schwellkörper in der Nase und den Genitalien hingewiesen haben, erörtert Koblanck zunächst die Frage der verschiedenen, oft einander direkt widersprechenden Auffassung von der Bedeutung der nasalen Reflexbeziehungen und der von hier aus versuchten therapeutischen Beeinflussung bestimmter Erkrankungen. Er beschuldigt hierfür neben der verschiedenen Auffassung der An- und Abschwellung der in Betracht kommenden Teile vor allem die verschieden geübte Technik; er hält es für nötig, daß das ganze Septum, die ganze untere Muschel und manchmal auch die mittlere Muschel berücksichtigt werden. Sodann bespricht Koblanck die Bedeutung der nasalen Therapie im allgemeinen. In der Geburtshilfe erzielte er regelmäßig eine, allerdings nach einer Stunde wieder nachlassende, schmerzlindernde Wirkung durch Betupfen der Genitalstellen mittelst 8—10 Tropfen einer 20%igen Kokainlösung und eine wehenerregende Wirkung durch Einreiben mit Nebennierensaft. Bei pathologischen Geburtsfällen wurde keine Schmerzlinderung erzielt. Auch in der Nachgeburtsperiode sah Koblanck ausgezeichnete Erfolge bei der Pinselung mit Epirenan. Während der Schwangerschaft konnten keine effektvollen Wehen ausgelöst werden. Bei der Verwendung der nasalen Behandlung in der Gynaekologie kommt es im Gegensatz zu derjenigen in der Geburtshilfe, bei welcher es sich ja nur um eine momentane, bald wieder vorübergehende Wirkung handelt, auf Dauerheilung an. Die Behandlung muß daher hier eine energischere sein. Daher sind Ätzungen durch Elektrolyse oder auch mittelst Trichloressigsäure vorzunehmen. Als Indikationen für die erfolgreiche nasale Behandlung gynaekologischer Leiden, die sich weder durch Suggestion noch durch allgemeine Narkosenwirkung erklären lassen, bezeichnet Koblanck die Beseitigung der Folgeerscheinungen anormalen sexuellen Lebens (Blutungen, Schmerzen) und die Herabsetzung abnorm sexueller Erregungen mit daraus entstandenen Schäden, z. B. der durch Onanie bedingten Amenorrhöe und der auf Grund des gestörten Ablaufs der Sexualempfindung (Dyspareunie) bestehenden Sterilität.

In der Diskussion zu den beiden Vorträgen am 14. Februar 1908, zu welcher auf Einladung die Mitglieder der hiesigen Laryngologischen Gesellschaft fast vollzählig erschienen waren, ergriff zuerst der Rhinologe Herr Kutner das Wort. In klarer, rein sachlicher Weise rekapituliert er zunächst die Einzelheiten der von Fliess seinerzeit aufgestellten Theorie und geht dann zur Besprechung seiner eigenen, während einer langen Reihe von Jahren erzielten Resultate mit der nasalen Therapie über. Zweifellos erzielte er hiermit in sehr vielen Fällen ausgezeichnete Heilerfolge. Dieselben traten aber 1. nicht mit der Regelmäßigkeit ein, wie sie von Fliess behauptet wird, und 2. handelte es sich in den erfolgreichen Fällen sehr oft um Patientinnen mit völlig normalem Nasenbefund oder gar um solche, bei denen die Nasenschleimhaut sich in atrophischem Zustande befand. Bei der Behandlung mit Elektrolyse erzielte Kutner keinen therapeutischen Erfolg, die von Koblanck empfohlene Stromstärke von 10 bis 12 Mill. hält er wegen der Nähe des Cerebrum für nicht unbedenklich. Der von Siegmund auf die Headsche Theorie gegründete Nachweis eines gesetzmäßigen Zusammenhanges der Nase mit Erkrankungen innerer Organe, insbesondere der weiblichen Geschlechtsorgane mittelst Segmentleitung und ihrer darauf gegründeten regelmäßigen Heilbarkeit hält Kutner für nicht genügend bewiesen, dieses Zentrum von solch hoher Bedeutung und Fernwirkung existiert nach seiner Ansicht nicht.

Auch Herr Schaeffer läßt die Siegmundsche Erklärung der Heilbarkeit der nervösen Dysmenorrhöe durch nasale Behandlung, die zweifellos in einer Reihe von Fällen erzielt wird, nicht gelten. Nicht nur von der Nase aus, sondern auch von der Wangenschleimhaut und anderen beliebigen Organen wird mittelst Kokainisierung diese schmerzstillende Wirkung erzielt. Suggestion ist auch nicht anzunehmen, es handelt sich bei dem Vorgang um allgemeine Kokainwirkung.

Die Fortsetzung der Diskussion am 28. Februar 1908 wurde durch eine längere Rede des Herrn W. Fliess, des Begründers der Theorie von der nasalen Dysmenorrhöe, eingeleitet. In derselben gibt er zunächst einige Berichtigungen zu den Ausführungen des Herrn Kutner, die sich auf bestimmte Auslegungen der in der Fliessschen Monographie vorkommenden Angaben beziehen. Sodann betont er, daß allerdings auch von anderen Körperstellen Reflexvorgänge an den weiblichen Genitalien auszulösen seien, daß aber leichte Reize nur von der Nase aus zur Hervorrufung von Uterusreflexen genügten. Die Schwellung ist am sichtbarsten bei der ganzen unteren und mittleren Muschel und nicht, wie von den Gegnern behauptet wird, nur am vorderen Teil der unteren Muschel; es müssen daher alle diese Teile behandelt werden. Nur in leichten Fällen zeigt die Ätzung und Galvanokaustik Erfolg, in schwereren hält Fliess die bipolare Elektrolyse für nötig. Er berichtet über 100 Dauererfolge. Das Ausbleiben des Dauererfolges trotz positiven Ausfalles des Kokainversuches erklärt Fliess durch das Fortbestehen des schädigenden Momentes, z. B. der Onanie. Eine exakte und völlig befriedigende Erklärung des nach seiner Ansicht gesetzmäßigen und anatomisch begründeten Vorganges bei der nasalen Therapie kann man vorläufig ebenso wenig geben wie auch bei anderen Affektionen, etwa der Trigeminusneuralgie. Gegen Suggestion spricht 1. der Umstand, daß Fliess die Untersuchung und Behandlung vornimmt, ohne die Patientinnen über deren Zweck aufzuklären, 2. die Fraktionierung des Kokainversuches, durch welchen der dysmenorrhoische Schmerz in seine verschiedenen Schmerzanteile zerlegt wird (bei Behandlung der Tuberc. septi Beeinflussung der Kreuzschmerzen, bei Behandlung der Muschel Beeinflussung der Bauchschmerzen). Allgemeine Kokainwirkung ist auszuschließen, da die häufig erfolgreich verwandte Dosis (5 *mg*) hierzu viel zu gering ist.

Die übrigen Diskussionsredner C. Ruge, Bab, Goldschmidt, Krömer, Strassmann, Lehmann, berichten übereinstimmend, daß sie mehr oder weniger häufig recht gute Erfolge bei der Anwendung der nasalen Therapie erzielten. Betreffs der Erklärung des dabei sich abspielenden Vorganges folgt aber nur Goldschmidt der von Siegmund, Koblanck und Fliess gegebenen Annahme eines anatomisch-nervösen Zusammenhanges, die übrigen halten in Ermanglung einer anderen befriedigenden Erklärung Suggestion und Kokainwirkung für vorliegend.

Zieht man das Fazit aus den stundenlangen, zum Teil recht interessanten Verhandlungen, so muß man leider konstatieren, daß dieselben eine Einigung der bestehenden gegenteiligen Ansichten in keiner Weise herbeiführten und uns in der Deutung des Wesens der nasalen Dysmenorrhöe und ihrer therapeutischen Beeinflussung nicht einen Schritt weiter brachten.

II. Auf dem oberrheinischen Ärztetag zu Freiburg i. Br. am 4. Juli 1907 besprach Herr L. Aschoff in seinem Vortrage: „Über die Dreiteilung des Uterus, das untere Uterinsegment (Isthmussegment) und die Placenta praevia, den hohen Wert dieser von Wert, Sappey, Veit, v. Rosthorn u. a. angeregten Dreiteilung für die Klärung der Lehre vom unteren Uterinsegment und der pathologisch-anatomischen Vorgänge bei der Placenta praevia. Die Grenzen der drei Abschnitte sind nach Aschoff folgende: Das Cavum uteri reicht vom Fundus bis zum Orif. int. anatomicum, der Isthmus vom Orif. int. anat. bis zum Orif. int. histologicum und das Cavum cervicis vom Orif. int. histolog. bis zum Orif. extern. Auf Grund des sicheren Nachweises, daß die Isthmuspartie des graviden Uterus mit ihrer Schleimhaut an der dezidualen Reaktion in charakteristischer Weise, wenn auch in abgeschwächter Form teilnimmt, also hierin der Korpusschleimhaut gleicht, bezüglich ihrer Muskulatur aber mehr der Zervix entspricht, nimmt sie eine Zwischenstellung ein, die auch für das ruhende Organ eine schärfere Abgrenzung des Isthmus rechtfertigt. Infolge der geringeren Entwicklung der dezidualen Dicke im Isthmus erklärt sich die bei tiefer Insertion des Eies vor sich gehende tiefe Einnistung desselben bis an die Muskulatur oder gar in dieselbe hinein, die besonders dann die zerstörende Wirkung

erkennen läßt, wenn ihr Gebiet bis auf die Zervikalhöhle übergreift. Diesen anatomischen Verhältnissen Rechnung tragend, stellt Aschoff der klinisch geübten Einteilung der Placenta praevia eine anatomische zur Seite, wobei 1. dem sog. tiefen Sitz der Plazenta die Placenta praevia simplex, d. h. eine das Corpus uteri und das Isthmusgebiet nur zum geringen Teil einnehmende Plazentarentwicklung entspricht, 2. der Placenta praevia marginalis die Placenta praevia isthmica, bei welcher der größte Teil oder der ganze Isthmus ins Bereich der Plazentationssphäre hineinbezogen ist, und 3. der Placenta praevia totalis, die mit Entwicklung der Plazenta bis in die Zervikalhöhle hinein einhergehende Form der Placenta praevia cervicalis.

Weitere wertvolle Beiträge zum Kapitel der Placenta praevia lieferten Winter mit seinem Vortrage: „Zur Behandlung der Placenta praevia" in der Ost- und Westpreußischen Gesellschaft für Gynaekologie zu Bromberg am 16. März 1907, Zweifel durch seinen in der Medizinischen Gesellschaft zu Leipzig am 5. November 1907 gehaltenen Vortrag: „Über Gefahren und Behandlung der Placenta praevia" und R. Freund: Über Placenta praevia (Ges. f. Geb. und Gyn. in Leipzig am 18. Dezember 1907). Freund hält die Aschoffsche Dreiteilung des Uterus für nützlich, möchte aber die alten Begriffe: Plac. praev. marg. part. totalis als ausreichend beibehalten und ihnen noch die Plac. praev. cervicalis beifügen. Er bespricht sodann die verschiedenen Theorien der Genese der Placenta praevia. Die Hauptgefahr bildet die Verblutung, in zweiter Linie kommt die Sepsis in Betracht. Die Gefahr der Verblutung ist durch die abnorme Zerreißlichkeit der Plazentarstelle gegeben, ein beim Durchziehen des Kopfes an dieser Stelle leicht erfolgender Zervikalriß genügt oft, um die durch vorhergegangene Blutungen mehr oder weniger geschwächten Patientinnen ad exitum zu führen. Während Winter bei der Behandlung der meist nur kurze Zeit dauernden und schwachen Schwangerschaftsblutungen sich auf die Verordnung von Bettruhe und Stärkungsmitteln beschränkt, bezeichnet Zweifel diese Ratschläge als ungenügend und fordert nach jeder erstmaligen stärkeren Blutung, die Frau für einige Zeit, jedenfalls eine Woche lang zu tamponieren. Am besten eignet sich hierzu der Kolpeurynter, im Notfalle kann auch Watte oder Gaze verwendet werden, die durch Kochen in Wasser, dem auf den Liter 9 *g* Kochsalz und ein Eßlöffel voll starken Essigs zugesetzt ist, keimfrei und „styptisch" gemacht ist. Zweifel erkennt die Umständlichkeit dieser prophylaktischen Behandlung an und empfiehlt für die exakte Durchführung derselben Anstaltsbehandlung, eine Forderung, die indessen wohl sehr oft kaum zu erfüllen sein dürfte. Freund widerrät diese Dauertamponade wegen der Infektionsgefahr. Betreffs der Behandlung der Placenta praevia unter der Geburt herrscht bei Zweifel und Winter volle Übereinstimmung: als die einzig rationelle Behandlungsmethode für den Praktiker wird mit Recht die altbewährte, kombinierte Wendung nach Braxton Hicks bezeichnet, denn durch diese, auch unter den primitivsten Verhältnissen von jedem geschulten Geburtshelfer ohne Assistenz vorzunehmende Operation wird am schnellsten und sichersten die Blutung gestillt. Dieselbe Ansicht vertritt Freund, welcher die Metreuryse nur in den Fällen von lebensfähigem Kind und gutem Zustand der Mutter anzuwenden rät. Wegen der Gefahr der Zervixrisse darf die Extraktion nicht angeschlossen werden, es empfiehlt sich aber, zur Verminderung der hohen Kindersterblichkeit ein jedem einzelnen Falle anzupassendes, in ganz bestimmten Grenzen zu haltendes aktiveres Vorgehen, bestehend in vorsichtiger Extension mit möglichst geringer Belastung bis zu dem Moment, wo der Steiß durch die erwachte Wehentätigkeit fixiert ist und die Geburt sodann spontan vorwärts schreitet (Winter). Zweifel befürwortet sogar ein, natürlich mit großer Vorsicht gepaartes aktives Vorgehen bis zu dem Zeitpunkte, wo der äußere Muttermund sich straff um den Hals des Kindes legt; dann aber ist auf jeden weiteren Extraktionsversuch unbedingt zu verzichten und die weitere Entwicklung des Kopfes den Naturkräften zu überlassen. Um das Kind noch in diesem Stadium vor der Erstickungsgefahr ohne Gefährdung der Mutter zu retten, macht Zweifel den höchst beachtenswerten Vorschlag, daß man mit den Fingern einen Kanal bis zum Mund des Kindes freihält, damit dasselbe bei den vorzeitigen Atembewegungen Luft in die Lungen saugen kann, oder daß man einen Katheter in seinen Mund einführt.

Die in der neuzeitigen operationslustigen Ära der Geburtshilfe von verschiedenen Seiten zur Behandlung der Geburt bei Placenta praevia in Vorschlag gebrachten Verfahren des abdominalen und vaginalen Kaiserschnittes werden von Winter nicht er-

wähnt; Beweis genug, daß deren Ausführung ihm nicht zweckmäßig erscheint. Zweifel lehnt dieselben unter ausführlicher Darlegung der ihn bestimmenden Gründe ab.

Die an Winters Vortrag sich anschließende lebhafte Diskussion befaßte sich in erster Linie mit der von Küstner empfohlenen intrauterinen Metreuryse. Strempel weist auf Grund seiner in der Breslauer Klinik gemachten Erfahrungen auf die Gefahrlosigkeit dieses Verfahrens für die Mutter bei richtiger technischer Ausführung hin und betont betreffs der Erhaltung des kindlichen Lebens ihre Überlegenheit der kombinierten Wendung gegenüber. Die anderen Diskussionsredner Volkmann, Lange, Stern, Schwarz, Fuchs und Gräupner schließen sich dagegen der von Winter geäußerten Ansicht an und berichten über verschiedene, mit der intrauterinen Metreuryse erzielten ungünstige Resultate. Des weiteren wurde die Frage der Behandlung äußerer Zervikalrisse kurz erörtert und hierbei von Schütze und Winter von jedem Versuch, das spritzende Gefäß zu nähen, dringend abgeraten und eine exakte Jodoformgazetamponade des Uterus, der Rißhöhle und der Scheide als die beste Therapie empfohlen. Schließlich wies noch Herr Hofbauer darauf hin, daß bei abgestorbenem Kind statt des abwartenden Verfahrens von dem über die nötige Übung und Erfahrung verfügenden Fachmann die Perforation des nachfolgenden Kopfes ausgeführt werden könne.

III. Über eingewachsene Pessare lautete ein Vortrag des Herrn F. Cohn in der Mittelrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie zu Frankfurt a. M. am 4. Mai 1907. Es wird über acht einschlägige Fälle berichtet, die während der letzten vier Jahre in der Gießener Klinik zur Beobachtung kamen. Vortragender unterscheidet zwischen bloßer Retention des Pessars durch senile Verengerung der Scheide und eigentlichem Einwachsen durch Druckusur und reaktive Wucherung der Scheidenschleimhaut. In einem Falle war ein Löhleinsches Pessar durch das Septum rectovaginale ins Rektum eingedrungen, zweimal waren die Schleimhautwucherungen in großer Zahl durch die Löcher der Prochownikschen Schalenpessare durchgewachsen. Meist konnten die Fremdkörper erst nach Zerstückelung mittelst Giglischer Drahtsäge entfernt werden. Bei einer Patientin hatte sich in dem durch das Schalenpessar verursachten Dekubitalgeschwür ein Sarkom entwickelt, das trotz umfangreicher Operation bald ein Rezidiv zeitigte.

In der Diskussion machte Herr Krömer noch einige ergänzende Bemerkungen zu dem zuletzt erwähnten „sarkomatösen Prothesentumor“ und erwähnt unter Mitteilung eines bezeichnenden Falles, daß das Einwachsen von Pessaren nicht nur wie allerdings meist bei armen Leuten, sondern auch in der Praxis aurea zur Beobachtung käme. Herr Kutz empfiehlt statt des Löhleinschen Pessars den Gebrauch des langgestielten Ed. Martinschen Pessars. Herr Bücheler und Herr Hoffmann berichten über weitere, das Thema illustrierende eigene Beobachtungen, von denen es in dem Büchelerschen Falle nach allmählicher Ulzerierung des Scheidengewölbes, des parazervikalen Gewebes und Peritoneums bei einer starken körperlichen Anstrengung der Patientin plötzlich zu einem Eindringen des Ringes in die Bauchhöhle gekommen war. Die Extraktion desselben gelang mit Hilfe eines Tonsillotoms, wenige Tage später ging aber die Patientin an einer durch Thrombose der rechten Iliaca ext. verursachten Lungenembolie zugrunde.

In der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie zu Leipzig (Sitzung am 18. Februar 1907) verbreitete sich auch Herr Skutsch über Schädigung durch Pessare bei Prolaps. Die Ursache liegt in der durch die Patientinnen verschuldeten ungenügenden ärztlichen Kontrolle und in der Art des Pessars; die gestielten Pessare, so das Löhleinsche und vor allem das wohl allgemein verworfene Zwanksche Pessare, besitzen große Nachteile. Vortragender empfiehlt daher bei Prolapsen alter Frauen das Breiskysche Eipessar.

An der Diskussion beteiligten sich die Herren Zweifel, Veit, Littauer. Erstere haben bei der Verwendung des Löhleinschen Pessars im allgemeinen keine Schädigungen beobachtet. Da dasselbe aber nur mit erheblichen Schmerzen zu entfernen ist, hat Zweifel ein gestieltes Pessar konstruieren lassen, dessen langer, bis in die Rima pudendi reichender Stiel für sich entfernt wird, worauf dann der runde Ring beschwerdelos herausgenommen werden kann.

Herr Flatau demonstrierte in der Nürnberger medizinischen Gesellschaft (20. Juni 1907) ein Pessar, das 27 Jahre lang ohne Unterbrechung in der Scheide ge-

legen hatte. Bei der operativen Entfernung desselben wurde ein inoperables Vaginalkarzinom festgestellt.

Herr Orthmann zeigte in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie zu Berlin (8. November 1907) ein ins Rektum perforiertes Schalenpessar. Der Stiel lag in der Scheide, die Schale im Rektum. Die Extraktion gelang mittelst Kornzange vom Rektum aus. Die restierende Mastdarmscheidenfistel schloß sich spontan so weit, daß Patientin festen Stuhl halten konnte. Gelegentlich dieser Demonstration betonten die Herren Olshausen, Saniter, Liepmann und Bröse unter Mitteilung einschlägiger Fälle die Gefährlichkeit des berüchtigten Zwanck-Schillingschen Pessars. Herr Straßmann beobachtete einen Fall von Panophthalmie, hervorgerufen durch Infektion von einer Scheideneiterung aus, die ein 22 Jahre in der Vagina steckendes Pessar veranlaßt hatte.

Auf die Gefährlichkeit und Nutzlosigkeit der als antikonzeptionelles Mittel verwendeten Intrauterinpessare wurde unter Vorführung des betreffenden wegen Fiebers und Schmerzen operativ entfernten Instrumentes von Calmann (Ärztlicher Verein in Hamburg, 10. April 1907) und von Friess und Veit (Verein der Ärzte in Halle a. d. S. 5. Juni 1907) hingewiesen.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Gynaekologie.

Cullen, Adenomyoma of the Uterus. The Journ. of the Amer. med. association, 1908, Nr. 2.
Lenzmann, Zur Händedesinfektion. Zentralbl. f. Chir., 1908, Nr. 4.
Krieger, Rupture of the Uterus by a Myoma. Albany Med. Annales, 1908, Nr. 1.
Szekely, Uterusperforation bei Curettage. Gyógyászat, 1907, Nr. 48.
Lantos, Die Bedeutung und Behandlung der Gonorrhöe bei Frauen. Budapesti Orvosi Ujság.-Szülészet és Nagyógyászat, 1907, Nr. 50.
Balogh, Die Behandlung der Osteomalacie. 21 Fälle. Ebenda.
Wiesinger, 2 Fälle von Korpuskarzinom im myomatösen Uterus. Sarcoma alveolare corporis uteri. Ebenda.
Velits, Weitere Versuche mit Adrenalin bei Osteomalacie. Gyógyászat, 1907, Nr. 52.
Adler, Die Biersche Behandlung in der Gynaekologie. Orvosok Lapja, 1908, Nr. 3.
Avarffy, Harnsteine bei Frauen. Orvosi Hetilap, 1907, Nr. 51.
Kubinyi, Über die Inkarzeration des retrovierten Uterus. Gynaekologia, 1907, Nr. 4.
Derselbe, Dünndarmmetastase bei Korpuskarzinom. Ebenda.
Derselbe, Heizbarer Operationstisch. Ebenda.
Sfameni, Idrorrhea cervicale dai canali di Malpighi-Gartner consecutiva a taglio cesareo demolitore. La Rass. d'Obstetr. e Gin., 1908, Nr. 1.
Delétrez, Tuberculose du col de l'utérus. Annales de Gyn. et d'Obstétr., Januar 1908.
De Rouville et Stoltz, Deux observations de tumeurs papillaires de l'ovaire. Ebenda.
Lehmann, Die Einschränkung des Leibschnittes durch vaginale Operationsmethoden. Münchener med. Wochenschr., 1908, Nr. 4.
Dührssen, Die Ätiologie, die nichtoperative und die operative Therapie der Genitalprolapse. Therap. Rundschau, 1908, Nr. 3 u. 4.
Czispin, Chorioepithelioma malignum. New York Med. Journ., 1908, Nr. 3.
Baisch, Über die Dauererfolge bei der Behandlung der Genital- und Peritonealtuberkulose des Weibes. Arch. f. Gyn., Bd. LXXXIV, H. 2.
Sohma, Über die Histologie der Ovarialgefäße in den verschiedenen Lebensaltern, mit besonderer Berücksichtigung der Menstruations- und Ovulationssklerose. Ebenda.
Zurhalle, Thrombose und Embolie nach gynaekologischen Operationen. Ebenda.
Koebner, Die Corpus albicans-Zyste. Ebenda.
Zacharias, Über das funktionelle Schicksal von Ovarialresten. Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 5.
Sellheim, Der extraperitoneale Uterusschnitt. Ebenda.
Fraenkel, Meine ersten 28 Fälle günstiger Beeinflussung von Periodenbeschwerden durch Röntgenstrahlen. Ebenda.
Burckhard, Ein Beitrag zur Ovarientransplantation. Ebenda.
Wernitz, Ein Häkchenmesser zum Durchschneiden von Ligaturen. Ebenda.

Carter, Abnormal Clitoris in a child with unusual nervous sequences. The Post-Graduat, 1908, Nr. 1.
Olmstead, Narrowing of the Uterus Successfully Treated by Operation. The Montreal Med. Journ., 1908, Nr. 1.
Rousse, Oblitération de la trompe après résection. Bull. de la Soc. Belge de Gynécol. et d'Obst., XVIII, Nr. 3.
Olshausen, Retroflexion and its Treatment. Folia Therapeutica, Vol. II, Nr. 1.
Feodorow, Chorionepitheliom. Wratsch, 1907, Nr. 51.
Kehrer, Hefetherapie der Kolpitis. Münchener med. Wochenschrift, 1908, Nr. 5.
Dalché, Le pessaire. Journ. Méd. de Bruxelles, 1908, Nr. 3.
Lejars, Les épithéliomas kystiques de l'ovaire. La Semaine Médicale, 1908, Nr. 6.
Hitschmann u. Adler, Die Dysmenorrhoea membranacea. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., 1908, Nr. 2.
Konrad, Klinischer Beitrag zum Kampfe gegen den Gebärmutterkrebs. Ebenda.
Fromme, Was leistet die zystoskopische Untersuchung zur Prognosenstellung der abdominalen Krebsoperation? Ebenda.
Winter, Vorschläge zur Einigung über eine brauchbare Karzinomstatistik. Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 6.
Wertheim, Die Leistungen der erweiterten abdominalen Uteruskrebsoperation. Ebenda.
Hofbauer, Einige Versuche zur therapeutischen Verwertbarkeit der Pyocyanase bei weiblicher Gonorrhöe. Ebenda.
Staude, Zur Ventrifixur des Uterus mittelst der Ligg. rotunda. Ebenda.
v. Rosenthal, Ein selbsthaltender Bauchdeckenécarteur. Ebenda.
Grosse, Die Asepsis der Rückenmarksanästhesie. Der Frauenarzt, 1908, Nr. 1.
Carli, Sull' uso del Metarsolo e del Metaferro. L'Arte Ostetr., 1908, Nr. 2.
Ferroni, Contributo alla casistica dei cervicomiomi uterini. Annali di Ost. e Gin., 1908, Nr. 1.
Ballerini, La mobilizzazione precoce in alcune operate di laparotomia. Ebenda.
Briggs and Walker, A Clinical and Pathological Report on Forty-nine Solid Ovarian Tumours, of which Thirty-one were Fibromata. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp., 1908, Nr. 2.
Emrys-Roberts, A Contribution to the Study of Superficial Papilloma of the Ovary. Ebenda.
Doran, Ovarian Dermoid retained two years ago in Pelvis after obstructing Labour. Ebenda.
Phillips, A Case of Endothelioma of the Uterus arising in a Fibromyoma, and associated with Glandular Carcinoma of the Endometrium. Ebenda.
Bland-Sutton, On Some Points on the Technique of Ovariotomy. Ebenda.
Fuchs, Über einen Fall von Fibromyoma uteri, kompliziert mit einem Carcinoma corporis uteri und einer Ovarialgeschwulst. Inaug.-Diss., Freiburg, Jänner 1908.
Katz, Die Elephantiasis der weiblichen Genitalien. Inaug.-Diss., Leipzig, November 1907.
Gawriloff, Über Wertheimsche Prolapsoperation. Inaug.-Diss., Leipzig, Jänner 1908.
Boldt, Gonorrhea in Women. The Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1908, Nr. 5.
Bandler, Unrecognized Gonorrhea in the Female. Ebenda.
v. Wenczel, Über das Chorionepitheliom im Anschluß an einen interessanten Fall. Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 7.
Herz, Zur Uterusperforationsfrage. Ebenda.
Ehrenfest, The Influence of the Central Nervous System in the Causation of Uterine Hemorrhages. Amer. Journ. of Obst., Februar 1908,
Ries, Scopolamine-Morphine Anesthesia in Gynecology. Ebenda.
Knipe, Vesico-Uterine Fistula. Ebenda.
Grad, Obliterating Thrombosis of the Ovarian Artery. Ebenda.
Smith, Cases Illustrating Common Mistakes in Gynecological Diagnosis. Ebenda.
Rebaudi, Ricerche sperimentali e cliniche intorno alle proprietà fisiologiche e terapeutiche del Secacornin Roche. Archivio Ital. di Gin., 1908, Nr. 1.
Ricci, L'interrogatorio nella diagnostica ginecologica. Ebenda.
Brindeau et Pottet, Hernie étranglée de l'ovaire chez nouveau-né. Bull. de la Soc. d'Obstétr. de Paris, 1908, Nr. 1.
Helsted, 50 Fälle von suprasymphysärem Faszienquerschnitt nach Pfannenstiel. Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 8.
Quadflieg, Ventrifixur des Uterus oder Ventrifixur der Ligg. rotunda. Ebenda.

Geburtshilfe.

Kovács, Zwei Fälle von Abschnürungen durch Amnionbänder. Orvosi Hetilap, 1907, Nr. 49.
Lovrich, Über die Uterusrupturen. Ebenda, Nr. 52.
Tóth, Über die Hebosteotomie. Gynaekologia, 1907, Nr. 3.

Scipiades, Inversio uteri. Ebenda, Nr. 4.
Frigyesi, Zwei Fälle von kriminellem Abort, herbeigeführt durch Haarnadeln. Ebenda.
Derselbe, Eine Geburt bei eingekeiltem zervikalen Fibrom. Ebenda.
Rebaudi, Critica all' uso degli eccitatori e dei dilatatori uterini nella pratica ostetrica. La Rass. d'Ostetr. e Gin., 1908, Nr. 1.
Bignami e Barabaschi, Sulla provocazione del parto prematuro in quanto riguarda i metodi usati. Ebenda.
Pinard, De la responsabilité médicale. Lamentables conséquences d'une hémorrhagie rétroplacentaire. Annales de Gyn. et d'Obst., Janvier 1908.
Orthmann, Sollen Tubenschwangerschaften in den ersten Monaten vaginal oder abdominal operiert werden? Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 5.
Bohnstedt, Über die Serumbehandlung der puerperalen Sepsis. St. Peterburger med. Wochenschr., 1907, Nr. 52.
Schatz, Wann tritt die Geburt ein? Arch. f. Gyn., Bd. LXXXIV, H. 2.
Iwase, Über Extrauterinschwangerschaft. Ebenda.
Schindler, Zur Kenntnis der Angiome der Plazenta. Ebenda.
Engelmann, Nochmals die Adrenalinbehandlung der Osteomalakie nach Bossi. Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 5.
Evans, Obstetric Nursing. The Montreal Med. Journ., 1908, Nr. 1.
Rachmanow, 8. u. 9. Fall von Kaiserschnitt. Wratsch, 1907, Nr. 51.
Schwoger-Settetzkij, Zur Frage der Pubiotomie. Wratsch, 1907. Nr. 52.
Ahlfeld, Abnabelung, Nabelverband und Behandlung des Nabelschnurrestes. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 6.
Zangemeister, Die Behandlung der puerperalen Mastitis mit Saugapparaten. Ebenda.
Dukeman, A Case of Ectopic Gestation. Med. Record, 1908, Nr. 4.
Tate, Clinical Remarks on the Symptoms, Diagnosis, and Treatment of Tubal Gestation in the Early Wecks. Brit. Med. Journ., 1908, Nr. 2458.
Hicks, A Case of Ruptured Ectopic Gestation Occurring in a Rudimentary Horn of a Uterus Bicornis Unicollis. Ebenda.
Parkinson, Rigor Mortis in the Stillborn. Ebenda.
Jennings, Delayed Labor. New York Med. Journ., 1908, Nr. 4.
Martin, Zur Bettruhe im Wochenbett. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., 1908, Nr. 2.
Rezza, Sull' assistenza al puerperio. Lucina, Nr. 2.
Rosina, Intorno a tre casi di presentazione di fronte. Ebenda.
Soli, Influenza e anomalia di sviluppo del corion come cause di aborto. La Clinica Ostetr., 1908, F. 2.
Bucura, Bemerkungen zu Fossatis Erwiderung. Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 6.
Spinelli, L'intervento vaginale nella gravidanza tubarica dei primi mesi. Archivio Ital. di Ginecol., 1907, Nr. 6.
Savari, Sul contenuto non dializzabile dell' urina di donne gravide in condizioni normali e pathologiche. Annali di Ostetr. e Gin., 1908, Nr. 1.
Caliri, Le distocie della placenta previa all' infuori delle emorragie. Ebenda.
Beck, Zangenentbindungen in der Privatpraxis. Prager med. Wochenschr., 1908, Nr. 7.
v. Bardeleben, Rechtzeitige und richtige Ausführung der Venenunterbindung ist das wirksamste Hilfsmittel zur Bekämpfung der puerperalen thrombophlebitischen Pyämie. Berliner klin. Wochenschr., 1908, Nr. 6.
Noack, Nierenerkrankungen in der Schwangerschaft, mit besonderer Berücksichtigung der Eklampsie. Inaug.-Diss., Gießen, September 1907.
Meißner, Ein Fall von interstitieller Gravidität mit Ausgang in Genesung nach Operation. Inaug.-Diss. Leipzig, Dezember 1907.

Aus Grenzgebieten.

Dryfuß, Chemische Untersuchungen über die Ätiologie der Eklampsie. Biochem. Zeitschr., Bd. VII, H. 4—6.
Pussep, Über Geburtslähmungen. Wratschebnaja Gazeta, 1908, Nr. 1.
Foges, Beiträge zu den Beziehungen von Mamma und Genitale. Wiener klin. Wochenschr., 1908, Nr. 5.
Ferraresi, Sullo streptococco vaginale. La Rass. d'Ostetr. e Gin., 1908, Nr. 1.
Zedda, La recidività malarica nelle gravide. Ebenda.
Faber, Über eine durch amniotische Verwachsung entstandene Enkephalozele. Inaug.-Diss., München, Dezember 1907.
Hoehne, Vorläufige Mitteilung über das bisherige Ergebnis einer systematischen Untersuchung der Flimmerung im Gebiete des weiblichen Genitalapparates. Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 5.

Pestalozza, Bemerkungen zu dem offenen Briefe des Herrn Prof. Bossi: Über die Anerkennung der Verdienste Giglis um die Geburtshilfe. Ebenda.
Winkler, Über den färberischen Nachweis des Gonokokkentodes. Dermatol. Zentralbl., 1908, Nr. 4.
Zacharias, Zwei mit Antitoxin „Höchst" behandelte Fälle von Tetanus nach gynaekologischen Operationen. Münchener med. Wochenschr., 1908, Nr. 5.
Gallatia, Sophol als Vorbeugungsmittel bei Ophthalmoblenorrhoea neonatorum. Wiener med. Wochenschr., 1908, Nr. 6.
Jeannin, Étude clinique de la pyélonéphrite des suites de couches. Le Progrès Méd., 1908, Nr. 4.
Scholtz, Geschlechtskrankheiten und Ehe. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn. 1908, Nr. 2.
Weiss, A Consideration of Neurasthenia in Its Relation to Pelvic Symptoms in Women. Amer. Journ. of Obst., Februar 1908.
Jaschke, Stauungshyperämie als ein die Milchsekretion beförderndes Mittel. Med. Klinik, 1908, Nr. 8.
Stähler, Appendicitis gangraenosa in graviditate mit tödlichem Ausgang. Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 8.
Zanfrognini, Tossicità Placentare e Paratiroidi. La Ginecol. Moderna, F. 2—3.
Rebaudi, Ricerche e considerazioni sulle attività biochimiche del parenchina uterino umano durante la gravidanza ed il puerperio. Ebenda.
Ciulla, Studio clinico e medico-legale della gravidanza tardiva. Ebenda.
Biancardi, L'ernia ombelicale dei bambini. L'Arte Ostetr., 1908, Nr. 3.
Schein, Über die Beziehungen von Plazenta, Ovarien und Hoden zur Milchsekretion. Pester med.-chir. Presse, 1908, Nr. 9.
Birnbaum, Beitrag zur Kenntnis der Todesfälle nach Lumbalanästhesie mit Stovain. Münchener med. Wochenschr., 1908, Nr. 9.
Bauer, Sklerem eines Neugeborenen mit Ausgang in Heilung. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 10.
Mc Donald, Cystitis in Women. Med. Rec., 1908, Nr. 8.
Boursier, Deux cas de cancer primitif de l'urètre chez la femme. Journ. de Méd. de Bordeaux, 1908, Nr. 10.
Jacoby, Die Behandlung des Harndranges bei den verschiedenen gynaekologischen Affektionen durch Santyl. Med. Klinik, 1908, Nr. 11.

Personalien und Notizen.

(Personalien.) **Habilitiert:** Dr. med. Hartmann in Kopenhagen. — **Verliehen:** Den Titel eines außerordentlichen Professors dem Privatdozenten Dr. A. Solowyi in Lemberg. — **Gestorben:** Privatdozent Dr. Moritz Liebmann in Budapest. — Prof. Dr. Felix Terrier in Paris.

(Therapeutisches.) Auf dem 25. Kongreß für innere Medizin in Wien stellte die Apotheke zur Austria, Wien, als Neuheiten aus: Radioaktivierte Körper (Bimssteinpulver, Wasser, Watte, Vaselin etc. durch Emanation aus hochwertigem reinsten Radiumbromid (nicht aus Uranpecherz) hergestellt, ohne Apparat sofort zu gebrauchen, sowie mit denselben hergestellte Photographien. „Abführende Cakes", bei welchen der Eindruck eines Abführmittels durch den Wohlgeschmak eines appetitlichen Backwerkes verdeckt ist. Ferner die bereits gut bewährten älteren Präparate: Dispnon (Theobromin-Quebracho-Tabletten) gegen Asthma cardiale, Angina pectoris, Arteriosklerose etc. Hämostan (Extr. Hydrastis-Gossypii-Tabletten) gegen Gebärmutter- und Lungenblutungen zur Dauerbehandlung. Calmyren (Valeriana-Kampfer- Pepsin- Pillen) gegen Hysterie, Neurasthenie, Herzneurosen. Vaginol, ein Antiseptikum für Frauen. Anorrhal gegen Hämorrhoiden.

Ebenfalls durch die Austria-Apotheke wurden die neuen Arsojodin-Kuren (in steigenden und fallenden Dosen enthaltend) der Stadtapotheke in Schärding ausgestellt und demonstriert.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: **Dr. Oskar Frankl.**

Herausgeber, Eigentümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg.**

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

GYNAEKOLOGISCHE RUNDSCHAU.

ZENTRALORGAN
FÜR
GEBURTSHILFE UND FRAUENKRANKHEITEN.

II. Jahrg. **1908.** **10. Heft.**

Original-Artikel.

Über Schwangerschaftsdauer, letzte Regel und Empfängniszeit.

Von **B. S. Schultze** in Jena.

Wesentlich drei gangbare und autoritativ vertretene Ansichten sind es, denen ich nicht beistimmen kann und denen ich entgegenzutreten mich verpflichtet fühlte, als ich meinen Artikel über Spätgeburt für das Maiheft vorigen Jahres der „Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie" schrieb. Es ist die angebliche Häufigkeit der Spätgeburten, der Schwangerschaften von mehr als 302 Tagen, ferner die angeblich nicht genügende Rücksicht auf solche von seiten unseres bürgerlichen Gesetzbuches und drittens die Ansicht, daß die Schwangerschaft ausschließlich um die Zeit der zum erstenmal ausbleibenden Regel ihren Anfang nehme.

Der Nachweis, daß diese letztgenannte Ansicht irrtümlich ist, hat heute darum erhöhte Wichtigkeit, weil gerade zwei neueste Handbücher unserer Wissenschaft, das der Physiologie von W. Nagel[1]) und das der Geburtshilfe von F. v. Winckel[2]), die Ansicht vertreten, die Schwangerschaft verdanke jedesmal ihren Ursprung der Befruchtung des Eies, welches den Eierstock verließ um die Zeit, wo die menstruale Blutung zum erstenmal ausblieb.

Es liegen Beobachtungen vor, die beweisen, daß auch um die Zeit der blutig verlaufenen Regel menschliche Embryonen ihre Entwicklung beginnen. His[3]) teilt eine kleine Reihe jüngster Embryonen mit, über welche genaue Anamnese vorlag. Die Vergleichung ihres Entwicklungsstadiums mit der seit letzter Regel bis zum Abortus verlaufenen Zeit ergab, daß 12 von den Embryonen von der eben ausgebliebenen, 4 von der eben dagewesenen Regel stammten. Daß Embryonen von 3 und 4 Wochen Entwicklungsalter, welche der letzt dagewesenen Regel entstammen, zur Kenntnisnahme seltener kommen als gleichaltrige von der unblutig verlaufenen Menstrualperiode, mag daher kommen, daß meist eine Frau sich für schwanger erst hält, wenn die Regel ausblieb. Eine Blutung 3 oder 4 Wochen nach voriger Regel ist auf Abortus, auch wenn sie reichlicher ausfiel, nicht leicht verdächtig und das kleine Ei entzieht sich der Wahrnehmung.

Embryonen von sechs- und siebenwochigem Alter sind bei His außerdem noch mehrere angeführt, die nach der Anamnese nur herrühren können aus der Zeit der letzt

[1]) H. Sellheim, Die Physiologie der weiblichen Genitalien in W. Nagels Handbuch der Physiologie des Menschen. II, 1907, pag. 46 u. ff.

[2]) P. Strassmann in v. Winckels Handbuch der Geburtshilfe, I, 1903, pag. 36.

[3]) Wilhelm His, Anatomie menschlicher Embryonen. II, Leipzig 1882, pag. 74.

dagewesenen Regel[1]), denn ein Embryo von 13½ *mm* kann nicht der vor 14 Tagen und eines von 15 *mm* nicht der vor drei Wochen ausgebliebenen Regel entstammen.

Außer der von His gegebenen sind mir andere Zusammenstellungen von Embryonen mit Regelanamnese nicht bekannt. Einzelne für Entwicklungsbeginn seit letzter Regel beweiskräftige Fälle ließen sich aus der Literatur vielleicht mehr sammeln. Gottschalk[2]) gab Mitteilung von einem 5 Wochen nach der letzten Regel exstirpierten Uterus, der ein Ei mit Embryo von zirka fünfwochigem Entwicklungsalter enthielt. Ich kann von meinem im Lehrbuch der Hebammenkunst abgebildeten 13 *mm* großen Embryo, sofern überhaupt anamnestische Erhebung Glauben verdient, versichern, daß er genau 6 Wochen nach letzter Regel abgegangen ist. Merttens[3]) gab Beschreibung eines ganz jungen Eies, das 16 Tage nach Beendigung der normal wie früher fünftägig verlaufenen Menstruation durch Curettage gewonnen wurde.[4])

Daß alle in dritter Woche nach abgelaufener Regel ausgeschabte Uterusschleimhaut in Serienschnitte zerlegt werde, ist nicht zu verlangen, aber ich möchte vorschlagen, daß möglichst viele Ärzte die ihnen vorkommenden, ungefähr 6 Wochen alten Abortiveier mit frischem, um 13 *mm* messendem Embryo und reiner Regelanamnese publizieren. Es wäre wichtig zu erfahren, wie oft die letzte Regel vor 6, wie oft vor 10 Wochen da war. Auch Embryonen von 2 und von 3 *cm* Länge dürfen wohl noch für beweiskräftig auf ihr Entwicklungsalter gelten.

Je weiter die Schwangerschaft gedeiht, desto mehr machen sich im Wachstum des Fötus individuelle Unterschiede geltend. Am 20 *cm* langen Fötus kann man nicht unterscheiden, ob er um die Zeit der vor 20 Wochen dagewesenen oder der vor 16 Wochen ausgebliebenen Regel entstanden ist, am reif geborenen Kind nicht, ob es vor 40 oder vor 36 Wochen entstand.

Für diejenigen, welche meinen, ausschließlich das Ei der schon ausbleibenden Regel könne befruchtet im Uterus sich einbetten, kommt der nach gewöhnlicher Rechnung sogenannte erste Schwangerschaftsmonat überhaupt in Wegfall (mit 1 oder 2 Tagen Abzug, denn kurz bevor die Blutung fällig war, muß bei ausbleibender Regel Befruchtung des Eies stattgefunden haben). Nach entgegengesetzter Richtung irren diejenigen, die den Beginn aller Schwangerschaften vom ersten Tag der letzt dagewesenen Regelblutung datieren. Da berechnet man dann die Dauer zahlreicher Schwangerschaften weit über 280 Tage, rechnet 2·8% und mehr aller Geburten als Spätgeburten.[5])

---

[1]) Ebenda, pag. 96, 97.

[2]) S. Gottschalk, Ein Uterus gravidus aus der fünften Woche, der Lebenden entnommen. Arch. f. Gyn., XXIX, 1887.

[3]) Merttens, Beiträge zur normalen und pathologischen Anatomie der menschlichen Plazenta. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXX, pag. 15.

[4]) Die nicht seltenen Extrauterinschwangerschaften, die auf Befruchtung des bei blutiger Regel gelösten Eies deuten, führe ich nicht an, weil die Theorie von der ausschließlichen Befruchtung des bei ausbleibender Blutung gelösten Eies doch wesentlich sich stützt auf die theoretisch angenommene Schwierigkeit der Einbettung im eben menstruierten Uterus und weil für unser Thema nur im Uterus normal sich entwickelnde Eier in Betracht kommen.

[5]) F. v. Winckel, Neue Untersuchungen über die Dauer der menschlichen Schwangerschaft. Volkmanns Klin. Vortr., Nr. 245, 1900. Derselbe, Über die Dauer der Schwangerschaft in: Die Deutsche Klinik v. Leyden und Klemperer, Bd. IX, 1901. Derselbe, Handbuch der Geburtshilfe, I, 1. Hälfte, 1903, pag. 656. — Füth, Über die Dauer der menschlichen Schwangerschaft. Zentralbl. f. Gyn., 1902, pag. 1013. — Enge, Über die Dauer der menschlichen Schwangerschaft. Inaug.-Diss., Leipzig 1902. — Gossau, Beobachtungen über die Dauer der Schwangerschaft. Inaug.-Diss., Marburg 1902. — Fuchs, Über Riesenwuchs bei Neugeborenen und über den Partus serotinus. Münchener med. Wochenschr., 1903. Jacoby, Über den

Ich erkenne in den Kindern, deren Geburt erheblich über 280 Tage nach der zuletzt dagewesenen Regel stattfand, diejenigen wieder, die 6 Wochen nach L. R. erst 14tägige, 10 Wochen nach L. R. erst sechswochige Bildung zeigten, die dem Ei entstammen, das kurz vor Fälligkeit der zuerst ausgebliebenen Regel den Eierstock verließ. Ihnen sind von der nach L. R. berechneten Schwangerschaftsdauer 26 Tage abzuziehen.

Damit schrumpft die Zahl der angeblichen Spätgeburten auf ein Minimum zusammen.

Neben dem weiten Abstand des Tages der Geburt vom Tage des Beginnes der letzten Regel ist es ungewöhnliche Größe des Kindes, was den Verdacht erweckt, was als Mitbeweis angesehen wird, das Kind sei über die Zeit getragen. Aus wertvollen Zahlen, die v. Winckel ermittelte, geht hervor, wie wenig das zutrifft. Unter den Ergebnissen von 30.500 Geburten waren 1007 Neugeborene von 4000 *g* und darüber. Diese schweren Kinder gruppierte v. Winckel, soweit Anamnese vorlag, nach dem Abstand ihrer Geburt von der L. R. der Mutter. 6·1% hätten einen Abstand der Geburt von L. R. von nur 261—270 Tagen, 3·7% noch darunter. Hätten diese 61 und 37 Kinder nur ihre 280 Tage im Uterus durchgehalten, wären enorme Gewichte nicht zu verwundern gewesen. Aus hohem Gewicht eines Kindes auf verlängerte Schwangerschaft schließen, ist also auch nicht zulässig.

Wenn auch für das einzelne Kind hohes Körpergewicht und weiter Abstand seiner Geburt von der letzten Regel der Mutter beweisend für Spätgeburt nicht sind, so haben doch weitere durch v. Winckel ermittelte Zahlen zur vollen Gewißheit gebracht, daß ein deutlicher Zusammenhang besteht zwischen Geburtsgewicht von über 4000 *g* und weiterem Abstand der Geburt von der letzt dagewesenen Regel. Aus einer Gesamtzahl Neugeborener berechnete v. Winckel für 2·8% sogenannte Spätgeburt, d. h. Abstand der Geburt von L. R. über 302 Tage, von den mit 4000 *g* und höherem Gewicht geborenen Kindern zeigten 12·2% Abstand ihrer Geburt von der L. R. der Mutter über 302 Tage. Ferner: während durchschnittlich 280 Tage nach dem ersten Tag der letzten Regel die Geburt des reifen Kindes stattfindet, lag die Geburt der 4000 *g* und mehr wiegenden Kinder 288 Tage ab vom ersten Tag der letzten Regel.

Da diejenigen Kinder, deren Geburt erheblich weiter als 280 Tage abliegt vom ersten Tag der L. R., der Hauptzahl nach die sind, welche um die Zeit der zuerst ausgebliebenen Regel ihre Entwicklung begannen, so geht aus den Zahlen, die v. Winckel ermittelte, hervor, daß die von der zuerst ausgebliebenen Regel stammenden Kinder in weit größerer Zahl zum Gewicht von 4000 *g* und darüber im Uterus sich entwickeln als die, welche von der blutig verlaufenen Regel stammen. Ob das in doch etwas längerer Schwangerschaftsdauer oder in anderen Bedingungen begründet sein mag, darüber lassen sich zunächst nur Hypothesen aufstellen. Eine davon, die auf die Ansicht sich stützt, daß der Geburtseintritt in Beziehung steht zur zehnten Wiederkehr des Termins der Menstruation, habe ich im zitierten Artikel näher ausgeführt.

Was die forensische Bedeutung der Frage von der Spätgeburt betrifft, so schicke ich voraus, daß, wenn auch der Beweis stattgefundener Spätgeburt meines Erachtens noch nicht erbracht wurde, doch auch für mich kein Grund vorliegt, die Möglichkeit in Abrede zu stellen, daß mal eine Schwangerschaft 303 Tage und länger dauern und mit Geburt eines lebenden Kindes endigen kann. Schon wegen dieser Möglichkeit

---

Riesenwuchs von Neugeborenen. Arch. f. Gyn., Bd. LXXIV, 1905, pag. 536, Nr. 33, 34. — Starcke, Über Geburten bzw. Spätgeburten etc., ebenda pag. 567.

wäre es zu eng, die Empfängniszeit mit 302 Tagen ohne Vorbehalt zu begrenzen. Um so mehr, darum wäre sie zu eng, weil die Empfängniszeit außer der möglichen Schwangerschaftsdauer dazu auch die mögliche Lebensdauer des männlichen Samens im weiblichen Genitale umfassen muß. Diese ist nach vorliegenden Beobachtungen auf 12 Tage, nach theoretischer Möglichkeit höher anzuschlagen.

Der Paragraph des bürgerlichen Gesetzbuches fügt aber der Bestimmung der Empfängniszeit einen Vorbehalt hinzu, und zwar einen der Zeit nach unbegrenzten.

Der § 1592 lautet:

Als Empfängniszeit gilt die Zeit von dem einhunderteinundachtzigsten bis zum dreihundertundzweiten Tage der Geburt des Kindes, mit Einschluß sowohl des einhunderteinundachtzigsten als des dreihundertundzweiten Tages.

Steht fest, daß das Kind innerhalb eines Zeitraumes empfangen worden ist, der weiter als dreihundertundzwei Tage vor dem Tage der Geburt zurückliegt, so gilt zugunsten der Ehelichkeit des Kindes dieser Zeitraum als Empfängniszeit.

Die bis heute immer sich erneuernden Ausstellungen vieler meiner Kollegen, die Begrenzung der Empfängniszeit des § 1592 sei zu eng, lassen den zweiten Absatz des Paragraphen außer Betracht. Auch mir war nicht klar, was der Gesetzgeber, da es sich doch um die Erwägung von Möglichkeiten handelt, mit den Worten „Steht fest“ gemeint hat. Ich schlug deshalb die Entstehungsgeschichte des Paragraphen nach.[1]) Es lag in der Kommission der Antrag vor, den Beweis zuzulassen, daß auch ein später als 302 Tage nach der Auflösung der Ehe geborenes Kind „ausweislich des Grades seiner Reife“ als in der Ehe empfangen zu gelten habe. Die Worte „ausweislich des Grades seiner Reife“ wurden gestrichen, damit klargestellt werde, daß der zuzulassende Gegenbeweis nicht bloß auf den Reifegrad des Kindes, sondern auch auf andere Gründe gestützt werden könne. Es komme dabei nicht bloß auf das Gutachten der Sachverständigen, welches naturgemäß immer ein unbestimmtes sein werde, sondern auch auf die weiteren Nebenumstände, die Ehrbarkeit der Frau usw. an und es sei nicht ausgeschlossen, daß sich der notwendige Beweis zur wirklichen Überzeugung des Richters erbringen lasse. Auf Grund dieser Erwägungen wurde der Zusatz zum § 1592: „Steht fest“ usw. angenommen.

Setzen wir also für „Steht fest“ „gewinnt der Richter die Überzeugung“, so ist klar, daß zugunsten der Ehelichkeit eines Kindes der § 1592 die weitestgehende Annahme einer Spätgeburt zuläßt. Und aus den Motiven geht hervor, daß die Anhörung Sachverständiger über Spätgeburt nicht ausgeschlossen ist.

Für Ermittelung des natürlichen Vaters für das unehelich geborene Kind setzt § 1716 die gleichen Grenzen der Empfängniszeit fest wie § 1592 mit Fortlassung des Vorbehaltes „Steht fest usw.“. In dem oben zitierten Artikel über Spätgeburt habe ich eingehend dargelegt, daß, sofern es sich um möglichst zutreffende Ermittelung des Erzeugers des unehelich geborenen Kindes handelt, die Grenzen der Empfängniszeit nach beiden Seiten viel zu weit sind.

---

[1]) Protokolle der Kommission für die zweite Lesung des Entwurfes des bürgerlichen Gesetzbuches. Berlin 1897, Bd. IV, S. 457 u. ff.

Aus Dr. Weisswanges Privat-Frauenklinik in Dresden.

Vulvakarzinom.

Von Dr. **Fritz Weisswange.**

Ich gestatte mir, über ein ziemlich vorgeschrittenes Vulvakarzinom zu berichten, das ich vor reichlich $1^1/_2$ Jahren zu operieren Gelegenheit hatte.

Es handelt sich um eine 64 Jahre alte Dame, die seit 2 Monaten über eine Schwellung der Vulva klagte, die ihr besonders beim Urinieren brennende Schmerzen verursachte. In der Mitte der rechten großen Labie befand sich ein großes, hartes, zerfallendes Ulkus, auf der genau entsprechenden Stelle der linken Labie eine kleine Impfmetastase. Die Leistendrüsen waren beiderseits stark geschwollen, besonders rechts. Die vorgenommene Probeexzision ergab ein Plattenepithelkarzinom. Die Prognose des Vulvakarzinoms ist ja trotz weitgehendster Operation eine äußerst ernste. Zu meiner Freude kann ich mitteilen, daß die Patientin, die ich vor einigen Tagen zu sehen Gelegenheit hatte, bis jetzt rezidivfrei ist und sich sehr wohl fühlt. Ich habe in diesem Falle die Operation begonnen mit der Ausräumung der ganzen Leistengegend (Lymphdrüsen samt Fett), auch die tiefen Inguinaldrüsen habe ich bis an die großen Gefäße hinan verfolgt und in toto ausgeschält samt dem umgebenden Fettgewebe. Ich habe nun ähnlich wie bei Mammaamputation mit Ausräumung der Achselhöhle das ganze Drüsenpaket nach unten fallen lassen und die Inguinalwunden beiderseits vernäht. Darauf habe ich die Frau in die Steinschnittlage gebracht und nun die Vulva samt Klitoris bis tief an das Periost des Knochens und bis an die Harnröhrenmündung hinan samt subkutanem Fettbindegewebe entfernt. Die teilweise sehr starke Blutung habe ich durch Tamponade gestillt und das ganze große Wundbett mit fortlaufenden tiefen und oberflächlichen Catgutnähten geschlossen. Die äußere Urethralmündung habe ich mit einigen Seidenknopfnähten in den Wundrand fixiert und in die Blase für einige Tage einen Dauerkatheter eingelegt. Es bildeten sich nun nach einigen Tagen, wie das zu erwarten war, in den Leistengegenden, wo die Drüsen entfernt waren, starke, ödematöse Anschwellungen, aus denen sich eine große Menge gestauter Lymphe ergoß. Dieselben gingen aber zurück und der Wundverlauf war ein ungestörter. Im ersten Vierteljahr der Rekonvaleszenz bestanden ödematöse Anschwellungen der Beine (Lymphstauung), die dann aber vollständig verschwanden. Wie ich schon oben erwähnte, befindet sich Patientin jetzt, nach reichlich $1^1/_2$ Jahren nach der Operation, sehr wohl, sie ist vollständig beschwerdefrei und ist sehr gut zu Fuß.

Aus der Provinz-Hebammen-Lehranstalt Osnabrück, Direktor Dr. Rissmann.

Drei Fälle von Zentralruptur des Dammes.

Von Dr. **J. Müller,** Assistenzarzt.

Ein so häufiges Ereignis die gewöhnlichen vagino-perinealen Dammrisse sind, so selten kommen die sog. Zentralrupturen des Dammes vor. So hat v. Braun-Fernwald in einer Statistik von 20.000 Geburten bloß zwei Fälle von zentralem Dammriß beobachtet (Handb. d. Geburtsh. von Winckel).

Abgesehen von den im Literaturverzeichnis des genannten Handbuches zusammengestellten Fällen konnten wir in den Publikationen des letzten Jahres noch drei weitere finden, einen aus der englischen Literatur (Der Frauenarzt, XXII. Jahrg., H. 7, Übersetzung aus The Brit. med. Journ., 14. April 1906) und zwei aus der russischen (ref. in der Gyn. Rundsch., 1907, H. 9). Im folgenden sollen den bisher veröffentlichten Beobachtungen zwei weitere angereiht werden.

Der erste Fall betrifft eine 22jährige Erstgebärende, die am 26. Februar 1906, halb 2 Uhr nachmittags, mit eben beginnenden Drangwehen in den Kreißsaal aufgenommen wurde. Eine Viertelstunde später wurde folgender Befund erhoben; Kopf im Einschneiden, Damm auffallend hoch, stark gespannt und blau verfärbt. Etwa 1 Finger breit oberhalb des Anus eine ca. 2 *cm* lange, quer verlaufende Wunde, aus der Fruchtwasser abfloß. Es wurden sofort ausgiebige seitliche Inzisionen gemacht und um $^1/_4$3 Uhr wurde das Kind aus der Schamspalte geboren, ohne daß der Damm weiter verletzt worden wäre. Der Kopfumfang betrug 34 *cm*, das Gewicht 2550 *g*. Die Untersuchung der Genitalien nach der Geburt ergab folgende Verhältnisse: Der Vulvaring war mit ziemlich glattem Rande von der hinteren Scheidenwand abgerissen; auf der linken Seite erstreckte sich der Riß etwas nach aufwärts. Von dem Riß aus kam man in eine Wundhöhle, die nach unten mit dem Riß vor dem Anus in Verbindung stand. Zwei stark blutende Stellen links und rechts an der abgerissenen Scheide wurden mittelst Umstechung gestillt; die Scheidenwunde wurde mit Catgut genäht und die hinter dem Damm gelegene Wundhöhle durch ein aus dem zentralen Dammriß herausgeleitetes Gummirohr drainiert. Eine Messung des Dammes 24 Stunden nach der Geburt ergab eine Höhe von 9 *cm*. Der Damm war in den ersten Tagen nach der Geburt leicht geschwollen und gerötet, die Temperatur jedoch stets normal. Das Drainrohr wurde am 4. Tage entfernt. 14 Tage nach der Geburt war die Wunde am Damm bis auf eine erbsengroße Stelle geschlossen. Die Scheidenwunde war ebenfalls gut geheilt. Nachuntersuchung nach 4 Wochen ergab normale Verhältnisse, vor allem keine abnorm klaffende Vulva und keinen Descensus der Vaginalwand.

Der zweite Fall stammt aus der Privatpraxis meines Chefs. Es handelte sich um eine Erstgebärende, bei der der Kopf im Einschneiden stand. Der Damm war ebenfalls abnorm hoch und stark nach vorn vorgetrieben. Der Beobachter hatte den Eindruck, als ob die dritte Kopfdrehung (Streckbewegung) fehle und als ob das Kind in der Längsachse des mütterlichen Körpers ausgetrieben würde. Während einer Wehe und bei starkem Mitpressen floß zweimal Fruchtwasser im Strahl aus einer punktförmigen Öffnung heraus, die sich dicht oberhalb des Anus in der Mittellinie gebildet hatte. Es wurden auch hier sofort seitliche Inzisionen gemacht, die einen größeren Riß glücklich vermeiden ließen. Der Kopfumfang des Kindes betrug 35 *cm*, das Gewicht 3350 *g*. Der ungünstigen Verhältnisse der Privatpraxis wegen mußte eine genauere Untersuchung der Scheide unterbleiben. Aber auf jeden Fall bestand ein Riß in der Scheide, der mit dem beginnenden zentralen Dammriß in Verbindung stand, was durch Ausfließen von Fruchtwasser bewiesen wird. Eine Versorgung des Risses in der Scheide und der kleinen Dammwunde war nicht notwendig.

Wir haben also im ersten Falle eine penetrierende Verletzung, die mit einem frontalen Scheidenriß beginnt und mit einem ebenso verlaufenden Hautriß vor dem After endet. In unserem zweiten Falle wäre es wohl auch zu einem ausgesprochenen Riß am Damm gekommen, wenn nicht rechtzeitige Kunsthilfe dies verhindert hätte. Die beschriebenen Verletzungen erinnern sehr an die Beobachtungen, die Zangemeister mitgeteilt und auch auf eine eigenartige Weise erklärt hat (Zentralbl. f. Gyn., 1901, Nr. 31 und Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., 50. Bd., H. 3). Zangemeister sieht die letzte Ursache dieser merkwürdigen Verletzung allein in einer Rigidität des Vulvaringes; diese bedinge „Abreißung der Scheide von der Vulva, dadurch Verschiebung der Vulva nach vorn oben, Verlängerung des Dammes, Abreißung desselben vom Analring". Ausdrücklich verwirft Zangemeister jene Erklärungen, die für die Entstehung dieser Rupturen besondere Abnormitäten (hoher Damm, geringe Beckenneigung etc.) annehmen. Wir möchten uns dieser Auffassung nicht anschließen, glauben vielmehr mit anderen Beobachtern, daß dem hohen Damm, wie er in unseren beiden Fällen ganz zweifellos vorhanden war, eine wichtige ätiologische Rolle zukommt. Der hohe Damm bedingt, daß die Öffnung der Vulva mehr nach vorn und oben sieht als normal. Dadurch ist die 3. Drehung des Kopfes erschwert. Der Scheiden-

ausgang liegt außerhalb der Richtung, in der der Kopf nach außen soll. Das Kind findet gewissermaßen den Weg nicht nach außen und drängt nun mit dem Kopf gegen die Wand. Der Mechanismus als solcher ist dabei ganz ähnlich, wie ihn auch Zangemeister annimmt. Der Unterschied unserer Auffassung liegt darin, daß Zangemeister die abnorme Lage des Vulvaringes erst während der Geburt durch Abreißen der Scheide entstehen läßt, während wir aus dem Befunde an unseren Fällen sehen, daß die Abnormität schon vorher besteht.

Zum Schlusse erübrigt uns noch eine kurze Bemerkung über die Therapie. In unserem ersten Falle wurde, wie erwähnt, die Scheidenwunde mehr der Blutung wegen genäht, die hinter der Dammhaut befindliche Wundhöhle mittelst Drainage offen behandelt. Das Resultat war ein zufriedenstellendes. In anderen Fällen wurde die Hautbrücke am Damm gespalten und dann der Damm in der gewöhnlichen Weise genäht. Diese Art der Behandlung wurde auch von mancher Seite generell empfohlen. Bei einigermaßen ausgedehnten Rissen ist dieser Vorschlag wohl auch sehr empfehlenswert; denn die Aussichten auf Wiederherstellung eines widerstandsfähigen Dammes sind bei der Naht besser, als wenn man die Wunde granulieren läßt. Am besten wird man individualisierend je nach den vorliegenden Verhältnissen vorgehen.

Nachtrag bei der Korrektur: In der letzten Zeit hatte ich Gelegenheit, die in Rede stehende Verletzung selbst in der Anstalt zu beobachten.

Auch in diesem Falle handelte es sich um eine Erstgebärende, 22 Jahre alt. Der Kopf stand seit etwa einer halben Stunde in Vorderhauptslage im Einschneiden. Auf der Höhe einer Wehe entstand plötzlich ein Riß vor dem After. Das Bild, das sich dem Beobachter darbot, war ganz ähnlich, wie es oben im 1. Falle geschildert ist. Es fiel auch wieder sofort die außerordentliche Höhe des Dammes auf. 1 Querfinger breit vor dem After befand sich eine markstückgroße runde Öffnung, durch die man den Kopf sehen konnte. Der vordere Teil des Dammes war unversehrt. Ich machte ebenfalls sofort tiefe seitliche Einschnitte und nach einigen Minuten wurde das Kind geboren, ohne daß es zu einem größeren Riß kam. Das Gewicht betrug 3000 *g*, der Kopfumfang betrug 34 *cm*. Der Befund nach Austritt des Kindes war genau derselbe wie in unserem 1. Falle. Da die Höhle hinter der stehengebliebenen Hautbrücke ziemlich groß erschien, wurde diese gespalten und dann die regelrechte Dammnaht ausgeführt. Es erfolgte primäre Heilung.

Der Fall bestätigt das, was oben über die Ätiologie ausgeführt wurde. Die auffallende Ähnlichkeit der Wundverhältnisse in beiden Fällen beweist auch, daß wir es hier mit einer typischen Verletzung zu tun haben.

Hebammenwesen und Sozialhygiene.

Wochenbettfieber und Hebammenfrage.[1])

Von Privatdozent Dr. **P. Mathes**-Graz.

Wir müssen so lange von der Frage der Geburtshygiene als von einer ungelösten sprechen, als beispielsweise in Deutschland jährlich etwa 6000 junge Mütter im Wochenbette sterben, und insbesondere solange, als die Sterblichkeit im Privathause 5—10mal größer ist als in gut geleiteten Anstalten. Wie viele Frauen ferner an den

[1]) Vortrag, gehalten im Verein der Ärzte in Steiermark in der Sitzung am 21. Februar 1908.

Folgen einer Infektion während der Geburt für lange Zeit, ja vielleicht für ihr ganzes Leben zu leiden haben, läßt sich auch nicht annähernd schätzen. Nur wenn einem durch eine lange Reihe von Jahren das Material einer gynaekologischen Klinik durch die Hände gegangen ist, gewinnt man ein Urteil darüber, wie häufig sich Krankheit und Siechtum unmittelbar an eine Geburt anschließen.

Der Hinweis darauf, daß es nur natürlich ist, daß Menschen von einer Krankheit hingerafft werden und daß beispielsweise die Sterblichkeit an Tuberkulose eine weitaus größere ist, kann die Bedeutung der eben erwähnten Tatsachen nicht verringern, wenn wir das Material vergleichen, das den genannten Krankheiten zum Opfer fällt. In unserem Falle handelt es sich um die jungen, kräftigen Mütter, die ihrer Familie entrissen werden oder zu langwieriger Krankheit und meist zu dauernder Unfruchtbarkeit verdammt sind. Bedenken wir ferner, daß uns die Entstehungsart der Krankheit fast immer bekannt ist und daß wir Mittel in der Hand haben, sie fast sicher zu vermeiden.

Es ist nun eine ernste Aufgabe, den Ursachen nachzuspüren, die in einer Zeit, in der Asepsis und Antisepsis ein unverlierbarer Besitz der zivilisierten Welt geworden sind, so regelmäßig zu einer tödlichen Infektionskrankheit führen.

Vergleichen wir zu diesem Zwecke die Verhältnisse, unter denen sich eine chirurgische Operation einerseits und eine Geburt andrerseits abspielen. Dort herrscht der Chirurg in hellen, blanken Räumen unumschränkt über ein wohlgeschultes Personal, hier spielt sich der blutige Gebärakt in einem engen Raume ab, der selbst in wohlhabenden Kreisen den modernen Forderungen der Asepsis keineswegs genügt, in der ärmeren Bevölkerung sich häufig in einem Zustande befindet, der den bescheidensten Anforderungen der bürgerlichen Reinlichkeit geradezu Hohn spricht. Die Leitung der Geburt obliegt ferner einer Person, die nur selten imstande ist, ihre Autorität unter diesen Verhältnissen zu behaupten. Ich meine die Hebamme.

Es ist im höchsten Grade bedauernswert und verhängnisvoll, daß das Verständnis für Reinlichkeit und Asepsis bei der Geburt so wenig weit in die breiteren Schichten der Bevölkerung vorgedrungen ist. Von der mangelhaften Pflege des Körpers der Schwangeren und Gebärenden will ich gar nicht sprechen, das Waschen ist nun einmal, besonders hierzulande, keine beliebte Sache; wenn aber in das Gebärbett die schmutzigsten Wäschestücke, ja selbst abgetragene Unterröcke als Unterlagen gesteckt werden, weil ja das alles ohnedies schmutzig würde, so ist das ein schwerwiegender Vorwurf gegen alle die, denen es obliegt, das Volk darüber aufzuklären, wie es zu machen ist, damit ein natürlicher Vorgang wie die Geburt so ablaufe, daß die Gebärende gesund aus dem Wochenbett aufsteht.

Wer ist nun dazu berufen, die Lehren der Asepsis auch ins Gebärzimmer zu tragen? Wir Ärzte und die Hebammen. Da 95% aller Geburten nur von Hebammen allein besorgt werden, lastet die Verantwortung dafür hauptsächlich auf den Schultern der Hebammen. Da ist es eine leider viel zu wenig bekannte und gewürdigte Tatsache, daß die Hebammen im allgemeinen nicht imstande sind, die schwere Aufgabe als Pioniere einer rationellen Geburtshygiene zu erfüllen.

Der Grund für dieses Versagen ist in dem Material gelegen, aus dem sich der Hebammenstand heute durchschnittlich rekrutiert. Der Hebammenberuf ist kein angesehener. Es haftet ihm ein Makel an wie etwa in früheren Zeiten dem des Schauspielers oder Scharfrichters. Dieses Vorurteil ist in gebildeten Kreisen vielleicht schon eher in Abnahme begriffen als in den Schichten der Bevölkerung, aus denen die Hebammen zumeist hervorgehen. Die Folge davon ist, daß nur wenige geistig und

moralisch entsprechend beschaffene Frauen sich entschließen können, Hebammen zu werden, während solche den Schulen scharenweise zuströmen, die man lieber in anderen, weniger verantwortlichen und schwierigen Berufen tätig sähe. Ich habe öfters Frauen aus dem Volke, die ich z. B. als Patientinnen wegen ihrer guten geistigen und moralischen Anlagen schätzen gelernt hatte, geraten, den Hebammenberuf zu ergreifen, weil sie mir dazu besonders tauglich erschienen; sehr häufig wurde mein Vorschlag ohne weiteres Überlegen nahezu mit Entrüstung zurückgewiesen.

Dieses Vorurteil stammt wohl aus alter Zeit, in der die Anforderungen, die man an Hebammen stellte, so gering waren, daß beispielsweise in Leipzig die Frau Bürgermeisterin die Kandidatinnen prüfte und die Bewilligung zur Ausübung der Praxis erteilte.

Diesem kurz skizzierten Schülerinnenmateriale sollen nun in fünfmonatlichen Kursen nicht unbeträchtliche Kenntnisse in der Anatomie und Physiologie, in der gesamten normalen und einem guten Teil der pathologischen Geburtshilfe beigebracht werden. Vor allem aber sollen die Schülerinnen eine durchgreifende Schulung in der Asepsis und Antisepsis erfahren. Mit welchen Schwierigkeiten man dabei zu kämpfen hat, das kann sich nur der vorstellen, der es selbst durchgemacht hat.

Nach glücklich überstandener Prüfung sehen sich die jungen Hebammen in einen wilden Konkurrenzkampf hinausgestoßen; denn die alten, schon länger in der Praxis stehenden Kolleginnen fürchten in ihnen ihren natürlichen Feind. Sie lassen es an keinem Mittel fehlen, den jungen, gut geschulten Nachwuchs, der das Vertrauen der Bevölkerung ohnedies nur in höchst beschränktem Maße genießt, in den Augen der Klientel herabzusetzen. Wenn bekannt wird, daß eine Frau der Nachbarschaft guter Hoffnung ist, kann sich diese der Besuche der Hebammen, die ihre Dienste anbieten, oft nicht erwehren. Dabei trachtet jede, die Fähigkeiten der anderen zu verkleinern und sich selbst ins beste Licht zu setzen. Sie erzählen von Salben, die die Wehenschmerzen verringern, oder von Tropfen, die die Wehen verstärken, oder daß sie es so machen könnten, daß die Frau nicht wieder in die Hoffnung kommt.

Hand in Hand damit geht ein Unterbieten in den Honoraransprüchen, so daß eine Entlohnung von 10 K einen guten Durchschnitt abgibt, während geringere Honorare, auf dem Lande oft nur in Naturalien, nichts außerordentliches sind. Gemeinden unterstützen ihre Hebammen, die sie zur Schule geschickt haben, nur in ganz unzureichender Weise (40 K im Jahre).

Unter diesen Verhältnissen ist es nur zu naheliegend, daß die Hebamme sich bemüht, die Betriebskosten möglichst zu verbilligen. Sie spart an Lysol, Seife, Bürsten und Watte; ja mir ist von einer sehr beschäftigten Hebamme der Stadt bekannt, daß sie mit einem kleinen Täschchen zu Geburten geht, in der sie nur eine Nabelschnurschere und zwei Nabelschnurbändchen hat. Sie will die vorgeschriebene Tasche nicht abnutzen, weil sie die am Amtstage, wo sie vom Amtsarzte kontrolliert wird, vorzeigen muß. In diesem Bestreben werden die Hebammen hinlänglich durch den Unverstand des Publikums unterstützt, das von den „neuen Geschichten" nichts wissen will. Erst vor einigen Tagen hat mir eine Hebamme darüber geklagt, daß die helfende Nachbarin einer Gebärenden ihrem Unwillen über die fortwährende Wascherei Ausdruck gegeben habe: bei ihr hätte die Hebamme die Hände vor der Untersuchung nur abgespült und es wäre ihr nichts geschehen.

Halten wir noch dazu, daß viele Hebammen im Jahre nur etwa 10 Geburten oder weniger zu leiten haben, so können Sie sich vorstellen, wie bald der Durchschnitt den oberflächlichen Bildungsfirnis los wird und unaufhaltsam einer zunehmenden Degeneration

entgegengeht. Von wissenschaftlicher Geburtshilfe kann bei solchen natürlich keine Rede mehr sein, weil sie gar nichts wissen und die sinnfälligsten Erscheinungen ihrer Beobachtung entgehen.

Ich habe Ihnen hier ein düsteres Bild entrollt, das aber der Wirklichkeit im großen und ganzen leider voll entspricht. Daß es unter diesen Umständen doch eine Zahl von Hebammen gibt, die trotz allem ihre Pflicht treu erfüllen und später noch bestrebt sind, nichts zu vergessen und weiter zu lernen, muß uns mit Achtung vor diesen Frauen erfüllen. Als Beispiel dafür will ich Ihnen einen Geburtsbericht einer ehemaligen Schülerin von mir vorlesen, die in einem weltentlegenen Gebirgsdorfe in den Tauern ihre Praxis ausübt. Die Schreiberin des Briefes, den ich vor wenigen Tagen erhalten habe, ist eine einfache Bauersfrau in vorgerückteren Jahren, die sich schon in der Schule durch ihr aufrechtes Wesen und ihren klaren Verstand vor allen anderen ausgezeichnet hat. (Es folgt die Verlesung des Briefes, in dem der Verlauf einer komplizierten Geburt in mustergültiger Weise geschildert wird und in dem die Schreiberin anfragt, ob sie richtig gehandelt habe.)

Angesichts der oben geschilderten trostlosen Zustände im Hebammenwesen erhebt sich gebieterisch die Frage, wie in Zukunft dem Übel abzuhelfen sei? Die Zahl der Vorschläge, die diesbezüglich gemacht worden sind, ist eine große.

Der weitestgehende ist der, dem englischen Beispiele zu folgen und auf Hebammen vollständig zu verzichten. Der Arzt und eine geschulte Pflegerin sollen die Geburt leiten. Dieser Vorschlag ist aus zwei Gründen bedenklich. Das größte Hindernis liegt in dem materiellen Unvermögen wohl der meisten Gebärenden, einen Arzt zu bezahlen. Aber selbst wenn der Staat eine entsprechende Zahl von Geburtsärzten bestellte, könnte er von ihnen nicht verlangen, daß sie während der ganzen Dauer der Geburt am Bette der Gebärenden verweilen. Wie notwendig aber eine dauernde sachverständige Überwachung notwendig ist, lehrt beispielsweise eine Statistik aus Köln, aus der hervorgeht, daß bei Geburten ohne Hebammen mit einem Arzt etwa fünfmal mehr Kinder im Mutterleibe absterben als bei Geburten mit Hebammen. Von anderen Zwischenfällen, die sich ereignen können und die Mutter in Gefahr bringen, ganz abgesehen.

Dem weiteren Vorschlage, die Lehrzeit von 5 auf mindestens 8 Monate auszudehnen, ist unbedingt beizustimmen. Schon dadurch wird ein großer Teil der minderwertigen Elemente abgeschreckt, so daß den wertvolleren eine gediegenere Ausbildung zuteil werden kann.

Einen nicht zu unterschätzenden Fortschritt bedeuten ferner die Wiederholungskurse. Sie werden aber erst dann volle Früchte tragen, wenn ihr Besuch vom Staate zwangsweise verlangt wird. Selbstverständlich müßte der Staat die Kursistinnen für Verdienstentgang usw. entschädigen. Von den Kursen auszuschließen wären aber die alten oder ganz degenerierten Hebammen. Denn wenn es schon große Mühe macht, unverdorbene Anfängerinnen in 5 Monaten auszubilden, so ist es ganz unmöglich, schon länger in der Praxis stehende Hebammen, die im alltäglichen Schlendrian verkommen sind, in 14 Tagen wieder in die richtige Bahn zu weisen. Gegen diese kann die Bevölkerung nur dadurch geschützt werden, daß ihnen der Staat gegen eine entsprechende Geldentschädigung die weitere Praxis verbietet.

Nahezu unentbehrlich ist die Mithilfe der Ärzte selbst bei den Bemühungen, das Gewissen der Hebammen wach zu erhalten. Bei jedem Geburtsfalle wird sich eine Gelegenheit ergeben, die Hebammen auf allfällige Verstöße gegen ihre Vorschriften und Pflichten aufmerksam zu machen. Dazu ist allerdings notwendig, daß sich die

Ärzte an der Hand eines Hebammenlehrbuches über die Befugnisse und Pflichten der Hebammen unterrichten. Daß solche Ermahnungen in der Form eines Privatissimum in Abwesenheit der Klienten zu erfolgen haben, ist selbstverständlich, wenn nicht das ohnedies geringe Ansehen, das die Hebamme genießt, noch geschädigt werden soll.

Wir haben in der freien Konkurrenz eine Einrichtung kennen gelernt, die zur Herabdrückung des Niveaus deshalb höchst geeignet ist, weil die Hebammen den Versuchungen, die diese mit sich bringt, moralisch nicht gewachsen sind. Es wäre dem Beispiele Sachsens zu folgen, das alle Hebammen als Bezirkshebammen anstellt und ihnen einen entsprechenden Mindestgehalt garantiert.

Was nun die Frage der Erhöhung der Honorare anbelangt, so scheint mir dieses Mittel allein den Wert für die Hebung des Standes nicht zu besitzen, der ihm von vielen Seiten zugeschrieben wird. Jede Hebamme erhält im allgemeinen den Lohn, den sie verdient. Die Dienstleistungen der meisten sind vom Standpunkte der Geburtshygiene heute nicht mehr wert als der karge Lohn. Eine höhere Entlohnung würde natürlich jede Hebamme entgegennehmen, es erscheint mir aber sehr fraglich, ob sie die Verpflichtung in sich fühlen würde, den Wert ihrer Dienstleistungen mit dem höheren Lohne in Einklang zu setzen. Ich habe auch selten von den wirklich tüchtigen Schülerinnen, mit denen ich immer in Fühlung zu bleiben suchte, gehört, daß es ihnen schlecht ginge. Die setzen sich, wenn es nicht gar zu arg ist, auch unter widerwärtigen Verhältnissen durch und haben ihr gutes Auskommen.

Unsere Bemühungen müssen immer wieder an dem Punkte einsetzen, den ganzen Stand als solchen zu heben und angesehen zu machen; die bessere Bezahlung folgt dann von selbst. Wie können wir das erreichen?

Der Vorschlag taucht immer wieder auf, eine höhere Schulbildung, etwa einer Mittelschule entsprechend, als Vorbedingung für die Aufnahme in die Hebammenschule zu fordern. Diese Forderung halte ich für durchaus undurchführbar. Die erste Folge wäre, daß voraussichtlich eine lange Reihe von Jahren die Hebammenschulen leer stünden. Würden aber unter den „höheren Töchtern“ immer solche in genügender Anzahl zu finden sein, die den Mühseligkeiten auch nur physisch gewachsen sind, die der Beruf einer Landhebamme beispielsweise im Gebirge mit sich bringt? Ganz abgesehen davon, daß die Bevölkerung wohl lange nicht einer solchen „gebildeten“ Hebamme das Vertrauen, sagen wir das Zutrauen entgegenbringen wird, das nun einmal in unserem Falle unbedingt nötig ist. Es kommt ja auch gar nicht darauf an, was die Kandidatin in langen Lernjahren mühselig an komplizierten Schulkenntnissen in sich aufgenommen hat, sondern hauptsächlich darauf, aus welchem Holze sie geschnitzt ist. Ein gewisses Mindestmaß an Schulkenntnissen ist ja unbedingt erforderlich, vor allem aber ist eine eigene Veranlagung des Geistes und Gemütes notwendig, die sich in den minder gebildeten Kreisen der Landbevölkerung mindestens ebenso häufig, wenn nicht häufiger findet, als unter den besseren Mädchen und Frauen einer städtischen Bevölkerung. So ganz miserables Material wie aus der Stadt präsentiert sich vom Lande niemals zur Aufnahme in die Schule.

Die zu fordernden Geistes- und Gemütsanlagen der Kandidatinnen können wir ferner viel weniger aus ihren Leistungen im Schreiben, Lesen und Rechnen beurteilen als etwa aus einer einfachen Erzählung über ihren bisherigen Lebenslauf, über ihre Meinung von dem Beruf, den sie zu ergreifen gedenkt usw. In dieser Richtung sollte bei der Aufnahmsprüfung der Wert der Kandidatin geprüft und damit eine Sichtung der Spreu vom Weizen vorgenommen werden.

Vor allem aber obliegt uns Ärzten die Pflicht, die Bevölkerung auf die Bedeutung einer rationellen Geburtshygiene hinzuweisen. Das Publikum muß erfahren, welche Last von Verantwortung auf den Schultern der Hebamme ruht, welche Selbstverleugnung sie in der treuen Erfüllung ihrer Pflicht zu üben hat. Dann wird es dem Stande auch die Achtung nicht versagen, die ihm seinem Wesen nach gebührt. In Zeitungsartikeln und volkstümlichen Vorträgen müssen den Frauen die Lehren der Asepsis und Reinlichkeit geläufig gemacht werden.

Dort aber, wo bitterste Not und Mangel an den notdürftigsten Behelfen im Gebärzimmer herrschen, muß unsere Agitation Halt machen. Die Frau, die zu arm ist, das anzuschaffen, was notwendig ist, damit sie ohne Gefährdung ihres Lebens und ihrer Gesundheit ihrer Pflicht als Erhalterin des Menschengeschlechtes genügen kann, die Frau soll auch nicht zu Hause in Schmutz und Armut gebären.

Die öffentlichen Gebäranstalten können diese Lücke in den Einrichtungen einer rationellen Geburtshygiene niemals ausfüllen. Es ist nicht Sache jeder verheirateten Frau, Tage und Wochen in der Gesellschaft zu verbringen, wie sie sich naturgemäß in den öffentlichen Gebär- und Findelanstalten zusammenfindet. Manche erachtet auch die Wohltat, im Gebärhause unterzukommen, damit für zu teuer erkauft, daß sie sich stillschweigend dafür als Unterrichtsobjekt verpflichtet. Ganz abgesehen von den vielen, die es als Deklassierung empfinden, die Geburt im „Gebärhause“ abzumachen. Vorurteile wurzeln tief im Empfinden des Volkes.

Da ist es Pflicht der privaten Wohlfahrtspflege, helfend einzugreifen. Deutschland verfügt in vielen seiner größeren Städte über private Entbindungsanstalten, deren Gedeihen der beste Beweis für ihre Notwendigkeit ist. Sie sind keineswegs einheitlich organisiert, sondern nach den verschiedensten Prinzipien eingerichtet und geleitet, worauf näher einzugehen hier nicht der Ort ist. Die ersten Schritte zur Errichtung einer ähnlichen Anstalt in Graz sind getan und ich hoffe auf die Mithilfe meiner ärztlichen Kollegen zählen zu können, wenn es der Augenblick verlangt.

Bücherbesprechungen.

Chrobak und **v. Rosthorn,** Die Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. II. Teil. Wien und Leipzig, Alfred Hölder, 1908.

Dem im Jahre 1900 erschienenen ersten Teil, welcher die gynaekologische Untersuchung, Allgemeines über Behandlung, die Anatomie und Physiologie enthielt, ist nunmehr der zweite Teil gefolgt, der die Mißbildungen der weiblichen Geschlechtsorgane in ausführlicher Weise behandelt.

Die Einleitung zu diesem Bande bringt ein originelles Novum, nämlich die Gruppierung des gesamten gynaekologischen Lehrstoffes nach dem ätiologischen Prinzip, und zwar ist dieselbe so konsequent durchgeführt, wie dies bisher von keiner Seite unternommen ward. Die Autoren unterscheiden demnach die folgenden Hauptstücke: 1. Angeborene Anomalien und Störungen der Entwicklung bis zur Reife. 2. Allgemeine Erkrankungen des Organismus und Erkrankungen der Nachbarorgane, welche solche der Genitalien sekundär im Gefolge haben. 3. Verletzungen und Traumen aller Art. 4. Erkrankungen infolge von lokalen Zirkulations- und Ernährungsstörungen. 5. Erkrankungen infolge von Infektion. 6. Neubildungen.

Der vorliegende Band bringt eine erschöpfende Erörterung der Mißbildungen der weiblichen Geschlechtsorgane. Im ersten Abschnitt werden die Theorien über die Genese der Mißbildungen kritisch dargelegt, auch wird die nicht seltene Kombination von Mißbildung und Tumor und deren Entstehung eingehend gewürdigt. Das nächste

Kapitel bespricht die Zwitter- und Scheinzwitterbildung, wobei die wichtigsten Typen des Hermaphroditismus verus (Hoden und Eierstock in einem Individuum) und des Pseudohermaphroditismus (doppelgeschlechtliche Entwicklung des übrigen Sexualapparates bei eingeschlechtlicher Bildung der Keimdrüsen), und zwar des masculinus (nur Hoden) wie femininus (nur Ovarien) an der Hand einwandfreier Fälle geschildert werden. Auch der rechtlichen Folgen falscher Geschlechtsbestimmung sowie der Frage vom Werte der sekundären Geschlechtscharaktere wird in diesem Kapitel gedacht. Es folgt eine Besprechung der angeborenen Defekte und rudimentären Anlagen im Bereiche der Genitalien und Schilderung der maßgebenden Typen. Eine spezielle Erörterung erfahren die beim Weibe relativ seltenen Fälle von Hypospadie und Epispadie, deren Genese und operative Heilung besprochen werden. Weitere Abschnitte werden der abnormen Ausmündung des Enddarmes, der Hypoplasie und dem Infantilismus gewidmet, wobei der klinischen Bedeutung des letzteren besondere Aufmerksamkeit geschenkt wird. Zwei kurze, aber mit meisterhafter Klarheit geschriebene Kapitel behandeln das Persistieren der paarigen Embryonalanlage (Uterus duplex, bicornis, septus; Vagina duplex, septa; rudimentäres Horn) sowie den Uterus unicornis. Aus der ungeheuer umfangreichen Literatur über diese Anomalien sind die wichtigsten Mißbildungsformen hervorgehoben, deren Studium jeden anderen Fall mühelos richtig morphologisch und genetisch zu klassifizieren ermöglicht. Die gesonderte Behandlung der Atresie und Stenose mit Betonung deren klinischer Wertung und deren Therapie, der Dystopie der inneren Genitalien, der überzähligen Ovarien, der angeborenen Lage- und Haltungsanomalien der Gebärmutter sowie einiger seltener Anomalien beschließt den Band.

Jedem Kapitel ist die vollständige Literatur angeschlossen: Eine Arbeitsleistung, deren Größe nur zu schätzen weiß, wer sich mit dem Studium der Mißbildungen je befaßt hat. Vortreffliche Figuren erleichtern das Verständnis der teilweise komplizierten Verhältnisse.

Wo reichste Erfahrung, gereifteste Erkenntnis und unermeßlicher Fleiß sich vereinigten, mußte ein so monumentales Werk erstehen, dessen Fortsetzung die Leser mit Spannung gewärtigen. Die Fachkollegen werden den Autoren für ihre Mühe gewiß gebürenden Dank zollen, indem das Werk in keines Gynaekologen Hand als ständiger Berater fehlen wird.

Frankl.

Dr. Paul Mathes, Privatdozent an der Universität Graz: Hebammenlehrbuch. Mit 49 Abbildungen. Urban und Schwarzenberg, Berlin-Wien 1908.

Dieses Lehrbuch ist in jeder Richtung dem Bildungsniveau angepaßt, mit welchem man bei jenen Frauen, die sich derzeit dem Hebammenberufe widmen, meist rechnen muß.

Die Schreibweise ist einfach und klar, die Einteilung sehr übersichtlich, so daß das Wesentliche deutlich hervorgehoben erscheint.

Dr. A. Foges (Wien).

Dr. Albert Wagner, Die Extrauterinschwangerschaft. Stuttgart, Verlag von Ferd. Enke, 1907.

Eine klinische Studie auf Grund reichlicher eigener Erfahrungen und eingehender Berücksichtigung der neueren Arbeiten, welche alles für den in der Praxis stehenden Arzt Wissenswerte bringt, ist diese Arbeit. Kurz, übersichtlich geordnet, ist der Stoff vorzüglich behandelt. Einteilung, Anatomie, Ätiologie, Symptomatologie und Diagnose sowie endlich Therapie sind in fließender Sprache leicht verständlich und doch streng wissenschaftlich abgehandelt. Hervorgehoben sei die anschauliche Schilderung der Vorgänge beim sogenannten „Tubenabort“ (inneren Fruchtkapselaufbruch) und der sogenannten „Tubenruptur“ (äußerer Fruchtkapselaufbruch). Das Vorkommen einer primären Ovarialschwangerschaft wird als sicher bewiesen angenommen.

Gelegentlich der Besprechung der Ätiologie der Intrauteringravidität wird der Ziliarbewegung des Tubenepithels eine wesentliche Bedeutung zugesprochen, als in erster Linie stehend werden die entzündlichen Prozesse (puerperale Erkrankungen und Gonorrhöe) angeführt.

Bezüglich der Therapie vertritt Verf. den Standpunkt, daß bei dem allgemein anerkannten lebensgefährlichen Zustand einer noch fortschreitenden ektopischen Schwangerschaft einerseits, bei den geringen Aussichten, ein lebensfähiges Kind zu erhalten, daher der Grundsatz prinzipiell durchzuführen sei, daß bei lebender, extrauterin eingebetteter Frucht in jedem Stadium der Schwangerschaft die operative Entfernung

angezeigt sei, sobald die Diagnose feststehe. Bei abgestorbenem Ei ist ein bedingt konservatives Verhalten berechtigt. Bezüglich der Technik ist bei der Operation (abdominell, nur ganz ausnahmsweise vaginal) prinzipiell die Exstirpation des gesamten Fruchtsackes anzustreben. In den späteren Stadien der ektopischen Schwangerschaft ist die Plazenta als ein Noli me tangere zu betrachten und vor allem der die blutzuführenden Gefäße enthaltende Stiel aufzusuchen und zu versorgen. Sind die Verwachsungen zu ausgebreitet, so ist der eröffnete Fruchtsack samt Plazenta zu belassen und die Eihöhle zu tamponieren.

Viel Wert legt Verf. auf möglichst exakte Entfernung allen in die Bauchhöhle ergossenen Blutes. 10 Abbildungen und die Krankengeschichten der 32 vom Autor selbst beobachteten Fälle ergänzen trefflich die lesenswerte Schrift.

v. Steinbüchel.

Sammelreferate.

Eklampsie.[1]

Sammelreferat von Dr. **Emil Pollak** in Wien.

1. C. Aale: **Eklampsie in der Gebäranstalt Christianias.** (Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1906, Nr. 37, pag. 1017.)
2. S. Bauer: **Über Sehstörung bei der Geburt.** (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXIII, Nr. 5, pag. 617.)
3. G. Binder: **Eklampsie ohne Krämpfe.** (Zentralbl. f. Gyn., 1906, Nr. 37, pag. 1017.)
4. Boerma: **Erweiterung des Muttermundes nach Bossi bei Eclampsia gravidar.** (Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1906, Nr. 52, pag. 1436.)
5. H. F. Boldt: **Kaiserschnitt wegen schwerer puerperaler Eklampsie, ausgeführt an einem 12 Jahre 8 Monate alten Kinde mit engem Becken.** (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXIII, pag. 612.)
6. Büttner: **Über das Wesen und die Behandlung der Eklampsie.** (Berliner Klinik, Nr. 208.)
7. N. Charles: **Albuminurie und Eklampsie im Wochenbett** (Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1906, Nr. 52, pag. 1432.)
8. Czyzewicz: **Einige Bemerkungen zur Eklampsiebehandlung.** (Ginekologia, 1905, H. 3, pag. 146.)
9. J. Evans: **Über die Behandlung der Eklampsie.** (74. Jahresvers. d. Brit. Medic. Associat. Ref. Münchener med. Wochenschr., 1906, Nr. 43, pag. 2133.)
10. W. E. Fothergill: **Fall von Eklampsie mit nachfolgender Melancholie.** (Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1906, Nr. 11, pag. 334.)
11. V. Frommer: **Experimentelle Versuche zur parathyreoidealen Insuffizienz in Bezug auf Eklampsie und Tetanie etc.** (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXIV, Nr. 6, pag. 748.)
12. W. Gessner: **Über puerperale Eklampsie und die Nierenstörungen der Schwangerschaft und Geburt.** (Wiener klin. Rundschau, 1905, Nr. 35, pag. 616.)
13. O. Gutbrod: **Beitrag zu Dr. Bolles Vortrag zur Eklampsiefrage.** (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXIV, Nr. 5, pag. 586.)
14. J. A. Harrar: **Erfahrungen an 150 Fällen von Eklampsie.** (Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1906, Nr. 46, pag. 1284.)
15. E. Kehrer: **Zur Lehre von der embryonalen Toxaemia gravidarum.** (Volkmanns Sammlung. N. F. Nr. 398, Serie XIV, Nr. 8.)
16. Kriwski: **Eklampsie. Sectio caesarea an einer Toten.** (Ref. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXIV, H. 5, pag. 692.)

---

[1] Fortsetzung der im zweiten Halbjahre 1906 erschienenen Arbeiten.

17. W. Liepmann: **Zur Biologie der menschlichen Plazenta.** (Archiv f. Gyn., Bd. LXXVII, Nr. 1, pag. 37.)
18. R. W. Lobenstine: **Vorläufige Bemerkungen zu dem Gebrauch des Thyreoidextraktes in der Eklampsie.** (Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1906, Nr. 46, pag. 1288.)
19. E. Martin: **Versuche über den Einfluß einer intravenösen Injektion von Plazentarsubstanz auf den eigenen Organismus beim Kaninchen.** (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXIV, Nr. 5, pag. 590.)
20. Olshausen: **Sitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie zu Berlin vom 29. Juni 1906.** (Ref. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. LVIII, pag. 516.)
21. W. Poten: **Tödliche Nephritis bei Gebärenden ohne Eklampsie.** (Archiv f. Gyn., Bd. LXXVII, Nr. 3, pag. 648.)
22. O. Semb: **Experimentelle Untersuchungen zur Pathogenese der Eklampsie.** (Archiv f. Gyn., Bd. LXXVII, H. 1, pag. 63.)
23. A. Sippel: **Ein neuer Vorschlag zur Bekämpfung schwerster Eklampsieformen.** (Berliner klin. Wochenschr., 1906, Nr. 49, pag. 1559.)
24. G. Vassale: **Schwangerschaftseklampsie und Insuffizienz der Parathyreoiddrüsen.** (Sitzung der Med.-chir. Gesellschaft in Modena. Autorefer. Zentralbl. f. Gyn, 1906, pag. 1433.)
25. Veit: **Hämolyse und Eklampsie.** (Sitzung des Vereines der Ärzte in Halle a. d. S. vom 4. Juli 1906.)
26. W. Weichardt und W. Pilz: **Experimentelle Studien über die Eklampsie.** (Deutsche med. Wochenschr., 1906, Nr. 46, pag. 1854.)
27. J. E. Welch: **Ein ungewöhnlicher Fall von Hämorrhagie bei Eklampsie.** (Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1906, Nr. 46, pag. 1288.)

Das noch immer ungelöste Rätsel — die Genese dieser Erkrankungsform — anlangend, ist ein einheitlicher, wenn auch geringer Fortschritt in der Hinsicht zu bemerken, daß die große Mehrzahl der Autoren auf dem Boden der modernen Immunitätslehre steht, und wo immer sich ein Verfechter der mechanischen Theorie findet, unverkennbar das Bestreben hervortritt, dieselbe so weit als möglich mit der gegenwärtigen Auffassung von der Toxinwirkung zu verknüpfen, das Toxin selbst bleibt allerdings hypothetisch.

Ich möchte hierbei in erster Linie der ausgezeichneten Arbeit von Weichardt und Piltz Erwähnung tun. Diese beiden Autoren erhielten mittelst Durchspülung der aseptisch aufgefangenen Plazenten mit körperwarmer physiologischer Kochsalzlösung von den Aa. umbilicales aus und nachfolgender Verreibung und Filtration der blutleer gewordenen Plazentarbezirke ein „Testtoxin", das den Versuchstieren in eine Mesenterialvene injiziert, zwei differente Teilgifte zur Wirkung brachte. Die eine Komponente dieses Plazentarendotoxins wirkte hydrogelbildend, wobei sich die venösen Bahnen von der Injektionsstelle aus inklusive dem ganzen rechten Herzen als mit Fermentthromben erfüllt erwiesen — analog den zahlreichen Thrombosierungen in der Eklampsieleiche —, während die andere Komponente dieses Synzytiotoxins, die tödliche, Atemstillstand und Krämpfe zur Folge hatte. Die Anwesenheit dieses letzteren Teilgiftes konnten die Autoren am deutlichsten bei durch wiederholte Injektion nicht tödlich wirkender Mengen aktiv immunisierten Tieren nachweisen, indem die Einverleibung der früher tödlich wirkenden Dosis von 1 cm^3 dieses Toxins jetzt nur protrahierte Somnolenz mit verlangsamter Atmung erzeugte. Dasselbe Phänomen boten übrigens auch passiv immunisierte Tiere. Die Autoren glauben, daß es sich hierbei nicht um eine direkte Absättigung des Toxins durch das entsprechende Antitoxin, sondern um die Wirkung eines Hemmungskörpers handle, und daß die Eklampsie veranlaßt wird durch toxische Substanzen, welche durch Zytolyse in die Blutbahn gelangender Plazentarbestandteile gebildet werden bei Frauen, in deren Blut antiendotoxische oder hemmende Bestandteile in genügender Menge nicht vorhanden sind. Die Plazenta, früher nur als Filtrationsorgan bekannt und dementsprechend geringer bewertet, hat seit den Arbeiten von Schmorl,

Lubarsch u. v. a., wie endlich durch die Hypothese Veits eine für den Geburtshelfer stets steigende Bedeutung erlangt, wie dies aus einer Reihe neuerer Arbeiten — ich nenne jene von Hofbauer, ferner von Liepmann — erhellt, die sich mit den in der Plazentarzotte abspielenden elektiven Vorgängen befassen. So konnte Liepmann mit Hilfe biologischer wie chemischer Untersuchungen den Nachweis führen, daß sich in der Plazenta außer dem uns schon bekannten diastatischen und glykolytischen auch ein in seiner Wirkung dem Pankreatin ähnliches Ferment findet. Leider führte die Annahme des Autors, bei einzelnen Erkrankungen der Plazenta mittelst der oben genannten Methoden Änderungen in dem Chemismus dieses Organs nachweisen zu können, keineswegs zu dem erwarteten Resultate, da sowohl luetische als auch eklamptische Plazenten bisnun eine Abweichung in ihrem chemisch-biologischen Verhalten von der normalen Nachgeburt keineswegs erkennen ließen.

Die Bedeutung der Plazentarzotte resp. ihres synzytialen Überzuges für die Genese der Eklampsie findet ganz besonders in der Lehre Veits ihre Verkörperung. Wenn diese Theorie sich auch bereits eine große Zahl von Anhängern zu erwerben verstand, so stehen doch nach Ansicht des Referenten ihrer endgültigen allgemeinen Anerkennung die widersprechenden Resultate der einschlägigen experimentellen Forschung im Wege. Neuerdings hat E. Martin wiederum den Versuch unternommen, dieser Hypothese durch experimentelle Versuche die notwendige Stütze zu geben. Der Autor bediente sich bei seinen Versuchen des Kaninchens, weil sich hier der Organismus bei nach Exstirpation eines graviden Hornes nunmehr noch teilweise fortbestehender Schwangerschaft durch eine von demselben Tiere stammende frische Plazentaremulsion auf dem Wege der Blutbahn überschwemmen läßt. Die erste Serie dieser Versuche — bei nierengesunden Tieren ausgeführt — ergab, daß 2 cm^3 einer 25%igen Emulsion intravenös injiziert, von den Versuchstieren reaktionslos vertragen wurden, wobei die injizierten Zottenelemente weder hämolytische noch agglutinierende Wirkung ausübten, gleichgültig, in welchem Alter des intrauterinen Lebens sich die Früchte befanden; aber auch die zweite Serie dieser Versuche — bei durch Injektion von gelbem Kaliumchromat nierenkrank gemachten Tieren ausgeführt — brachte bei Verwendung der dem nierenkranken Tiere entstammenden Plazentaremulsion sowohl beim nierenkranken Muttertier wie beim nierengesunden nichtträchtigen Kontrolltier das gleiche Resultat: daß die Zottendeportation — beim Kaninchen wenigstens — eine Giftwirkung nicht ausübt. Bei andersartiger Versuchsanordnung sah Referent den gleich negativen Effekt.

Gelang es demnach offenbar noch nicht, der Veitschen Hypothese die experimentelle Grundlage zu geben, so steht doch, wie eingangs des Referates erwähnt, die Überschwemmung des Organismus im Status der Eklampsie mit einem uns bis zur Stunde noch unbekannten Gifte fest. Die Frage nun, ob es nicht gelänge, der Natur des letzteren durch den Nachweis der Toxizität des Harnes Eklamptischer oder jener des Blutes auf die Spur zu kommen, erscheint noch immer diskutabel, wenn auch frühere einschlägige Versuche der französischen Schule unter Chambrelant und Tarnier wie jene von Ludwig und Savor durch die Arbeiten von Volhard sowie Schumacher ihre gründliche Widerlegung fanden. Allerdings glaubt Semb, durch den neuerdings in einer sehr gründlichen Arbeit diese Frage wiederum angeschnitten erscheint, daß die diesbezüglichen Resultate deshalb von zweifelhaftem Werte sein mußten, da die supponierten Giftstoffe im Harne gar nicht zwingender Weise in derselben Form vorhanden sein müssen, in der sie im Blute suspendiert erscheinen. Aber auch die von Rummo, Uhlenhuth, wie den oben genannten Autoren inaugurierten

Methoden, welche die toxische Wirkung des Blutes Eklamptischer erweisen sollten und die in ihren Resultaten wiederum von jenen von Volhard und Schumacher abweichen, konnten nach Ansicht Sembs deshalb nicht von eindeutigem Erfolge gekrönt sein, weil schon die hämolytische Wirkung eines artfremden Normalserums auf das Kaninchenblut eine derart deletäre ist, d. h. zur Tötung des Tieres schon so geringe Mengen erforderlich sind, daß es selbst bei in der Tat stark gesteigerter Toxizität des Eklampsieserums vollständig unaufgeklärt bleiben muß, ob es die im artfremden Normalserum schon vorhandenen Toxine oder das gesuchte Eklampsietoxin waren, die den Tod der Versuchstiere herbeiführten. Von dieser Erwägung ausgehend, versuchte Semb durch Immunisierung der Tiere gegen artfremdes Blut die toxische Wirkung dieses Normalserums zu eliminieren, um so die toxische Wirkung eines Eklampsiegiftes so rein als möglich zur Darstellung zu bringen. Es wurde hierbei mit Injektionen von Normalserum in der Menge von 2—3·5 cm^3 pro Kilo Tier begonnen und im allgemeinen in Intervallen von 5—7 Tagen mit um 1—2 cm^3 erhöhten Dosen vorgegangen.

Einen Indikator für das Gelingen der Immunisierung gaben ab außer dem Ausbleiben der Hämoglobinurie (Immunität gegen die hämolytische Wirkung) die mit der Angewöhnung entfallende Steigerung der Respirationsfrequenz, des Herzschlages, ferner die abnehmende Hinfälligkeit des Versuchstieres. Die Angewöhnung wurde bis 7·5 cm^3 pro Kilo Tier getrieben und gelang in 14 von 20 Fällen. Von den gegen Normalserum immunisierten Tieren verblieben nur zur Beobachtung der Wirkung des injizierten Eklampsieserums 10 Tiere übrig. Dieses Serum wurde nach einem Intervalle von 8—13 Tagen nach der letzten Immunisierung in derselben oder in einer kleineren Dose injiziert. Von dieser Serie gingen nun 5 Tiere ein; hierbei wurde das Serum nur bei einem Tiere aus einem mittelschweren Eklampsiefalle benutzt, bei den anderen vier Tieren entstammte das Serum durchwegs „leichten“ Fällen. Von den am Leben verbliebenen 5 Tieren entstammt das Serum in 2 Fällen nur leichteren Erkrankungsformen, wogegen das für die übrigen drei Fälle in Benützung genommene dem schwersten und einzig tödlich verlaufenen Falle entnommen wurde. Der Autor erklärt diese allerdings höchst auffällige Erscheinung mit der Annahme, daß das hypothetische Gift eine Dekomposition im Blute erlitten und seine Giftigkeit eingebüßt haben könne. Es gelang in keinem einzigen der 10 Fälle das klinische Bild der Eklampsie und die anfallsweise auftretenden Krämpfe experimentell hervorzurufen; wo letztere beobachtet wurden, handelte es sich stets um agonale Erstickungskrämpfe. Interessant erscheinen dem Referenten die beschriebenen pathologisch-anatomischen Befunde, die in der Tat mit jenen von Schmorl als der Eklampsie zugehörigen volle Übereinstimmung zeigen. So fand Semb in der Leber venöse Stauung in den meisten, Thrombose der Lebergefäße in sämtlichen Fällen, die Thromben meist hyalin mit eingestreuten Blutkörperchen. Degenerative Veränderungen des Leberparenchyms waren stets, anämische Nekrosen meist, hämorrhagische hingegen nur in zwei Fällen nachzuweisen. Auch in den Nieren bildeten die Thrombosen, wie die der Arbeit beigegebenen kolorierten Tafeln zeigen, den konstantesten Befund; auch Zylinder und Blutungen in die Nierenkanälchen waren in mehreren Fällen nachweisbar.

Schließlich glaubt der Autor, daß der Widerspruch in den Resultaten durch größere Versuchsreihen, wie endlich durch die Auswahl solcher Tiere, die eine der menschlichen Eklampsie ähnliche Reaktion zeigen, möglicherweise aufgeklärt werden könnte

Hat der Referent bisher dem gegenwärtig allgemein vertretenen Standpunkt von der Intoxikation Raum gegeben, so möchte er auch der gegensätzlichen Auffassung

von Poten Rechnung tragen, der sich mit der alten Lehre Frerichs von der prävalierenden Bedeutung der Nephritis identifiziert. Auf Grund eines zur Autopsie gekommenen Falles, in dem nach länger dauernder Anurie bei klarstem Bewußtsein plötzlich der Exitus eintrat und neben auf weite Strecken hin erkennbarer Nekrose des sezernierenden Nierenparenchyms mit hochgradiger Verquellung und Körnung der Epithelien auch noch nekrotische Herde in der Leber mit hämorrhagischer Randschicht und Verstopfung der Gefäße mit Fibrinthromben erkennbar waren, folgert Poten, daß diese eben geschilderten Organveränderungen deshalb, weil sie mit einer gewissen Regelmäßigkeit in den Eklampsieleichen gefunden werden, noch nicht für Eklampsie charakteristisch seien, vielmehr als Ausdruck der der Eklampsie in den meisten Fällen zugrunde liegenden Nephritis in graviditate anzusehen sind. Es erscheint als eine weitere Konsequenz seiner Auffassung, wenn Poten die von Schmorl, Meyer-Wirz u. v. a., so auch vom Ref. beobachteten eigentümlichen Störungen in der Schwangerschaft und Geburt, die, obgleich ihnen das hervorstechendste Merkmal — der Krampfanfall — mangelt, als Eklampsien ohne Anfälle bezeichnet werden, einfach zu den Schwangerschaftsnephritiden rechnet. Es ist hier nicht der Ort, den Standpunkt des Autors einer eingehenden Kritik zu unterziehen; Ref. möchte nur darauf hinweisen, daß, was zunächst die Bewertung der von Poten in den Vordergrund gerückten Nierenveränderung anlangt, gerade die Erkenntnis, daß es Eklampsiefälle ohne primäre Albuminurie und Mitbeteiligung der Nieren gibt, dazu führten, die alte Frerichssche Theorie fallen zu lassen. Wenn nun der Autor seine Anschauung darauf stützt, daß Störungen in der Funktion der Leber, wie solche mit dem anatomischen Bilde klinisch in Einklang gebracht werden müßten, in viva nicht zu erheben sind, so möchte Ref. wiederum auf die von v. Jaksch im Jahrgang 1899 der „Wiener klinischen Rundschau“ erschienene Arbeit hinweisen, welcher Autor die Assimilationsgrenze für den Traubenzucker schon während der normalen Schwangerschaft bedeutend herabgesetzt fand, was darin zum Ausdrucke kommt, daß die in 10—16% aller Graviden beobachtete Glykosurie nicht nur passagär, sondern vor allem alimentär ist, da bei Verabreichung von 50—150 *g* Traubenzucker ein Teil desselben unverändert ausgeschieden wird. Ref. glaubt in diesem Phänomen doch sicherlich den Ausdruck einer schon unter normalen Verhältnissen relativen Leberinsuffizienz zu finden und in der Annahme, daß bei diesbezüglicher methodischer Untersuchung Eklamptischer die Verhältnisse noch prägnanter erscheinen, nicht allzuweit zu gehen.

Eine schon in der Monographie des Ref. über diesen Gegenstand als beachtenswert betonte Hypothese, die sowohl den mechanischen als auch den toxischen Momenten volle Rechnung trägt, ist die Theorie Gessners. Da der Referent die Auffassung dieses Autors von dem unmittelbaren festen organischen Zusammenhang der Nieren mit den weiblichen Geschlechtsorganen und den hieraus sich ergebenden Beziehungen zur Eklampsie als allgemein bekannt voraussetzen darf, konnte er es für überflüssig halten, jene Arbeit in den Rahmen des Sammelreferates einzufügen, wenn sich nicht gerade an dieser Stelle Gelegenheit bieten würde, die Auffassung Gessners über einzelne nicht bedeutungslose Momente zu ergänzen. Um kurz zu rekapitulieren, sind Schwangerschaftsniere, Geburtsniere und Eklampsie nur graduell verschiedene Folgeerscheinungen des Zuges an den Ureteren bei mehr oder minder völligem Versagen der Schutzeinrichtung, welche für die weiblichen Harnorgane in den beiden runden Mutterbändern vorgesehen ist. Die aufwärts steigende Zervix übt vermittelst der nach dem Blasenhalse ziehenden Luschkaschen Muskelbündel einen Zug auf den letzteren aus: hierdurch wird gleichzeitig ein Zug an den

von hinten in den Blasenhals einmündenden Ureteren ausgeübt, der sich bis zu den Nieren fortpflanzt. Falls diese, wie bei Erstgebärenden und gleichzeitig stark entwickelter Fettkapsel der Niere durch straffe Fixation, diesem Zuge nicht folgen können, muß es bei der eigentümlichen Gefäßanordnung in diesen Organen zu Zirkulationsstörungen in Form einer Anämie mit konsekutiver Verfettung der Epithelien — v. Leydens Schwangerschaftsniere — kommen. Dieser ungünstigen Einwirkung auf das sezernierende Nierenparenchym wird im allgemeinen durch die Schutzeinrichtung einer straffen Beschaffenheit der runden Mutterbänder, welche unter normalen Verhältnissen eine jede Überdehnung gerade der vorderen mit dem Blasenhalse in Verbindung stehenden Zervixhälfte verhindern sollen, entgegengearbeitet; versagt diese Schutzvorrichtung — erweisen sich die Ligamenta rotunda zu schwach —, so muß notwendigerweise der deletäre Einfluß des gesteigerten Ureterzuges auf die Nierenkanälchen eine weitere Steigerung erfahren, wobei der Autor zum Beweise der Empfindlichkeit der Nieren gegen Zirkulationsstörungen in ihrem Gefäßgebiete die Arbeiten von Hermann und Overbeck heranzieht. Den Einwand des Ref., daß es nach dieser Theorie zu einer im Verhältnisse zur Zerrung erfolgenden Verdünnung der Ureterwand kommen müßte, während die Beobachtungen am Seziertische das Gegenteil lehren, möchte der Autor mit dem Hinweise auf die Analogie der runden Mutterbänder, die auch während der Schwangerschaft trotz ihrer Dehnung eine Hypertrophie erfahren, widerlegt wissen. Dem weiteren Einwande des Ref. gegen die Allgemeingültigkeit der Gessnerschen Hypothese, welche die Konvulsionen bei den Neugeborenen unaufgeklärt läßt, begegnet der Autor mit der Behauptung, daß die Konvulsionen bei Neugeborenen einesteils durch andere Ursachen — urämischer Natur, Hyperämie der Meningen, ferner einer auf paraportalem Wege zustande gekommenen „inneren" Nabelentzündung — hervorgerufen sein können, anderenteils die eben geschilderte Nierenstörung Eklamptischer sekundär zu einer Intoxikation — wahrscheinlich nach Kollmann mit Globulin — führt, welch letzteres in den verschiedensten mütterlichen Organen — besonders in Leber und Nieren Thrombosen, Hämorrhagien und Nekrosen erzeugt, wobei bei dem lebhaften Stoffaustausch zwischen Mutter und Kind der gleiche Intoxikationszustand mit den analogen Veränderungen gleichwohl auch beim Kinde Platz greifen kann.

In einer in Volkmanns Sammlung erschienenen Arbeit betont auch E. Kehrer, daß wir schon bezüglich der Schwangerschaftsniere die mechanischen Theorien fallen und die unserer modernen Auffassung weit geläufigeren toxischen Theorien setzen müssen, wobei wir annehmen, daß die im mütterlichen Blute kreisenden Toxine embryogenen Ursprunges je nach Menge und Qualität zu funktionellen Reizungen und zu degenerativen Prozessen führen. In weit größerer Ausdehnung haben nun die Verhältnisse für die Eklampsie ihre Gültigkeit. Die Befunde Kollmanns von der Anwesenheit toxisch wirkender Eiweißstoffe — Globuline —, die sowohl im mütterlichen wie im kindlichen Blute eine Erhöhung des Fibrinprozentes bedingen, sind allgemein bekannt, wenn wir auch die Quelle derselben (embolisch verschleppte Parenchymzellen? zerfallende Leukozyten? Fermente? verschleppte abgebröckelte Zotten? Synzytiummassen?) nicht kennen. Daß nicht nur gasförmige Produkte des fötalen Stoffwechsels via Umbilikalarterien und Plazentarkreislauf direkt ins mütterliche Blut gelangen, haben ja neulich die durch Kreidl und Mandl mittelst einer Reihe von Giften, wie Atropin, Adrenalin, Pilokarpin u. a. m. ausgeführten einschlägigen Tierversuche endgültig bewiesen.

Die vorstehenden Theorien werden neuestens durch eine von Giulio Vassale in Modena inaugurierte Hypothese neuester Forschungsrichtung abgelöst, welche jenen

rundlich-ovalen, 2—15 *mm* im Durchmesser haltenden Körperchen, die zuerst im Jahre 1880 von Sandstroem als Glandulae parathyreoideae, von Koelliker als Beischilddrüsen beschriebenen epithelialen Gebilden ätiologische Bedeutung für den Ausbruch der Eklampsie beilegt.

Dieser Autor betont nun in einer neuerlichen Arbeit, daß seine Auffassung von der parathyreoidealen Insuffizienz als Veranlassung für den eklamptischen Status sowohl vom pathologisch-anatomischen Standpunkt (Veränderung resp. kongenitaler Mangel einer oder zweier Parathyreoiddrüsen), als auch durch klinische Beobachtungen über Heilerfolge durch Darreichung der Parathyreoidtabletten, endlich durch experimentelle Untersuchungen ihre weitere Bestätigung gefunden hat. Der Autor berichtet über drei weitere Versuche behufs Erzeugung experimenteller Eklampsie. Drei trächtigen Hündinnen wurden die Beischilddrüsen partiell exstirpiert, wonach bei zwei Tieren der erste Anfall zwei Tage, bei dem dritten wenige Augenblicke vor dem Partus auftrat. Während das zweite Versuchstier ohne Parathyreoiddarreichung 40 Stunden nach dem ersten Anfalle einem neuerlichen noch vor begonnenem Wurfe erlag, konnte der Autor die beiden anderen Versuchstiere nach eingeleiteter Parathyreoidintherapie retten. Als klinisches Analogon zur menschlichen Eklampsie verweist Vassale auf die sich in Albuminurie dokumentierenden renalen Veränderungen, wobei die erstere nach vollendetem Wurfe rasch zurückging.

Auf Veranlassung Veits unternahm es Viktor Frommer, die Parathyreoidealdrüsen bezüglich ihres anatomisch-histologischen Verhaltens näher zu prüfen und namentlich die Ausfallserscheinungen nach partieller wie totaler Exstirpation eingehend zu studieren. Aus dieser dankenswerten Arbeit erhellt, wie bereits Gley auf experimentellem Wege zeigen konnte, daß die Erhaltung der äußeren Beischilddrüsen genüge, die Versuchstiere vor den deletären Folgen der Thyreoidektomie zu behüten, während die von einer Reihe von Autoren wie Vassale und Generali, Moussu, Rouxau, Gley, Biedl und endlich Pineles ausgeführte totale Exstirpation dieser Gebilde ausnahmslos selbst bei vollkommener Erhaltung der Schilddrüse von tödlicher Tetanie begleitet war. Gleich Vassale gibt auch dieser Autor der Überzeugung Ausdruck, daß die Funktionen der Schilddrüse und der Beischilddrüse vollkommen differente sind, daß wir es mit einer besonderen thyreoidealen, ihrer Wirkung nach trophischen und einer besonderen parathyreoidealen, ihrer Wirkung nach antitoxischen Funktion zu tun haben. Allerdings hat Lange die von Vassale als der partiellen Exstirpation der Beischilddrüse zugesprochenen spezifischen Ausfallserscheinungen auch nach partieller Exstirpation der Thyreoidea beobachtet, doch werden diese Resultate von Vassale auf die gleichzeitige partielle Entfernung der Epithelkörperchen bezogen. Auch die möglicherweise hierhergehörigen Fälle von Frühinsholz und Jeandelize, ferner eine analoge Beobachtung des Referenten werden in der Arbeit dieses Autors herangezogen, wobei, wie Frommer meint, wegen der großen Seltenheit einschlägiger Beobachtungen eine beweisende Kraft denselben nicht zukommt.

Frommer strebt in seiner mit nachahmenswerter Sorgfalt beobachteten, allerdings etwas kleinen Versuchsreihe die Beantwortung folgender Fragen an:

I. Welche Folgeerscheinungen hat die partielle Parathyreoidektomie?

Versuch V: Das Tier bleibt wohlauf.

II. Welche Folgen treten nach partieller Parathyreoidektomie bei gleichzeitiger intraperitonealer Plazentareinverleibung auf?

Versuch III: An dem dem Versuche folgenden Tage treten tetanische Krämpfe auf, die nach 24 Stunden zum Tode führen.

III. Welche Folgen treten auf nach partieller Parathyreoidektomie und der intraperitonealen Einverleibung der Plazenta zu einer Zeit, wo sich das Tier an die künstlich hergestellte parathyreoideale Insuffizienz bereits akkommodiert hat?

Versuch IV: Das Tier, das gleich jenem im Versuch V angeführten die partielle Exstirpation gut überstanden hat, erliegt der nach 14 Tagen ausgeführten Plazentareinverleibung bereits innerhalb 24 Stunden.

IV. Welches Resultat hat die totale Parathyreoidektomie?

Versuch VI: Das Tier erliegt diesem Eingriffe nach 12 Tagen ohne Krämpfe.

V. Welche Folgeerscheinungen treten nach totaler Parathyreoidektomie mit gleichzeitiger Thyreoidektomie auf?

Versuch VII: Tod des Versuchstieres nach 38 Stunden unter den Erscheinungen der Tetanie.

Das Resümee der Arbeit Frommers kommt in dem Satze: „Die Theorie Vassales, so interessant sie auch ist, läßt sich noch nicht in genetischen Zusammenhang mit der Eklampsie bringen", prägnant zum Ausdruck.

Einen gewissen Widerspruch fordert die höchst interessante Arbeit des Autors von Seite des Referenten nur insoferne heraus, als Frommer bezüglich der bei den Versuchstieren nach Einverleibung von Plazentarteilchen auftretenden Albuminurie wörtlich sagt: „Ich bin geneigt anzunehmen, daß Stoffwechselprodukte giftiger Natur das Nierengewebe beeinflussen, weshalb beim Ausschalten der antitoxischen Wirkung der Beischilddrüsen sich die Albuminurie nach Implantation der Plazenta potenziert." Die übrigens von Veit und Scholten, ferner von Liepmann gemachten einschlägigen Beobachtungen wiederholten sich in konstanter Weise bei jedem der vom Referenten zwecks Studiums der Synzytiolyse angestellten und in der vom Autor zitierten Monographie niedergelegten, zahlreichen Versuche. Der Referent gibt darin gegensätzlich Frommer der auch von Liepmann vertretenen Meinung Ausdruck, daß wir es in dieser rasch vorübergehenden Eiweißausscheidung mit dem Resultate des plötzlich gesteigerten Albumengehaltes des Blutplasma zu tun haben, also der von Bamberger als „hämatogene", von Leube als „physiologische" Albuminurie gekennzeichneten Erscheinungen.

Referent möchte den Bericht über die verschiedenen, das Wesen dieser Erkrankung behandelnden Theorien nicht abschließen, ohne der Auffassung Welchs Raum zu geben, welcher eine Analogie in den extravaskulären Hämorrhagien in den Organen von Eklampsieleichen einerseits und den Thromben, wie solche nach der Schilderung Flexners sehr schnell nach der Injektion von Schlangengift zur Entwicklung kommen, erblickt haben will. Der Autor glaubt, daß das hypothetische Eklampsiegift aus zwei Wirkungskomponenten zusammengesetzt sei, deren erste Ödem hervorruft, deren zweite Zytolyse bewirkt.

Klinische Erscheinungen, die aus den Publikationen dieser Zeitepoche von Interesse waren, finden sich zunächst in einer Arbeit von F. Bauer, welcher Autor den bekannten analogen 8 Fällen der Literatur, 5 Fälle von Pick, je einer von Knapp, Lehmann, endlich von Poten, einen neuen hinzufügt, in welchem sub partu eine Erblindung auftrat, die am 5. Tage in Hemianopsie überging, wobei bei der vier Wochen später stattgehabten Entlassung eine völlige Wiederherstellung des Sehvermögens zu konstatieren war. Da sich später weder Albuminurie noch sonstige destruierende Bestandteile der Niere im Harne auffinden ließen, glaubt Bauer auch in diesem Falle, in dem es sich um die bekannte Form der „Eklampsie ohne Krampf" handelte, Urämie

ausschließen zu müssen. Eine vollständige Amaurose beobachtete neben Gutbrodt auch Olshausen bei einer Frau, die nach viertägiger anfallsfreier Pause innerhalb 20 Stunden 56 Anfälle überstand und trotzdem nach einer 36 Stunden andauernden Psychose genas, eine Zahl, die von Olshausen ihrer Höhe wegen bemerkt, durch eine Beobachtung von Aale jedoch noch weit übertroffen wird, welchem Autor zufolge bei einer Patientin innerhalb 24 Stunden 368 Anfälle beobachtet wurden, wenngleich aus der betreffenden Mitteilung leider nicht hervorgeht, ob diese Frau die exorbitant hohe Zahl von Anfällen überstand.

Eine den bisherigen Beobachtungen zufolge bei dieser Erkrankung überaus seltene Erscheinung ist Hämoglobinurie, wie solche von Veit an der Hand eines demonstrierten Falles beobachtet wurde und auf Hämolyse zurückzuführen war, wobei die eklamptische Natur dieser Erkrankung in der Diskussion hierzu von Kneise angezweifelt und das Krankheitsbild als Intoxikation mit Bohnengift aufgefaßt wurde. Wenngleich die Deutung des Symptomenbildes, wie auch Referent glaubt, unter gewissen Umständen Schwierigkeiten unterworfen sein mag, so wird doch am häufigsten das eng umgrenzte Gebiet jener Formen, die eine Brightsche Grundlage nicht mit Sicherheit ausschließen lassen, am ehesten zu Kontroversen Anlaß geben können. Hierher gehört eine Publikation von Binder im Zentralblatt für Gynaekologie, welcher wir entnehmen, daß der Autor die Beobachtung bei einer 36jährigen III-para, die in der Nachgeburtsperiode in einen durch mehrere Stunden andauernden Sopor verfiel, wobei der Puls voll, gespannt war, der Harn $^1/_6$ Vol. Albumen zeigte und eine deutlich nachweisbare Herzhypertrophie bestand, trotz völligem Mangel eines Krampfes auch nur einzelner Muskelgruppen und der unterbliebenen Untersuchung des Harnsedimentes „typisch für Eklampsie“ erklärt (? Ref.).

Bezüglich der Therapie bricht sich die Erkenntnis von der Notwendigkeit eines aktiven Vorgehens immer mehr Bahn. So entnehmen wir einer von Czyzewicz aufgestellten Statistik, daß der Autor bei 73 exspektativ behandelten Fällen 30·14% Mortalität hatte, wogegen von allerdings nur 12 aktiv behandelten Patienten sämtliche am Leben blieben. Referent möchte glauben, daß bei der Ungleichmäßigkeit der zum Vergleiche herangezogenen Zahlen und auch sonstigen hier unkontrollierbaren Momenten der Zufall eine nicht bedeutungslose Rolle spielen mag.

Die von amerikanischer Seite empfohlene Thyreoidtherapie findet auch in den Arbeiten dieser Zeit warme Verfechter in Fothergill, ferner in Lobenstine, wobei der letztgenannte Autor seine Anempfehlung auf die Beobachtung stützt, daß bei normaler Schwangerschaft Hypertrophie der Schilddrüse sehr häufig, unter 50 Eklampsiefällen jedoch nur zweimal angetroffen wurde. Die Erfolge von Lange und Nicholson, auf welche der Autor sich hierbei beruft, wurden, wie oben näher ausgeführt, von Vassale in anderem Sinne gedeutet.

Einige Worte möchte Referent auch noch der Anempfehlung des Jodkaliums (10:200) seitens Gutbrodt widmen. Der letztgenannte Vorschlag basiert auf der Überlegung, daß die Kaliumkomponente die Herztätigkeit anrege, während das abgespaltene Jod auf die im Organismus befindlichen Toxine wirke. Allerdings hält die Prämisse für die Schlußfolgerung des Autors — die betreffende Patientin, die bereits bei zwei Entbindungen Eklampsie durchgemacht hatte, wurde in der vierten Gravidität, in der wegen drohendem Abortus Jodkali gereicht worden war, von Eklampsie verschont, während dieselbe in der fünften Schwangerschaft ohne diese Medikation wieder auftrat —, einer streng wissenschaftlichen Kritik kaum Stand; ja, es bliebe diskutierbar, ob der Autor mit der Empfehlung, auch beim physiologischen Verlaufereine Gravidität

wenigstens in den letzten beiden Schwangerschaftmonaten Jodkalium prophylaktisch zu reichen, nicht denn doch zu weit geht, einesteils, weil dessen prompter Übertritt in die Frucht außer Zweifel steht, andernteils weil seine Empfehlung seitens Olshausens, wie Lomers bei habituellem Abortus, nicht gegen die Störungen im mütterlichen Organismus als solche, wie vielmehr gegen die denselben zugrunde liegende konstitutionelle Erkrankung erfolgte.

Es steht also die gegenwärtige Bekämpfung dieser Erkrankungsform mehr als früher im Zeichen aktiven Vorgehens, wobei alle Arten der künstlichen Entbindungsmethoden je nach Vorbedingung und Vorliebe zur Anwendung kommen und selbst die klassische Sectio caesarea neben dem vaginalen Kaiserschnitt und der mechanischen Dilatation, wie sie neuerdings wieder warme Anempfehlung durch Boerma findet, welcher Autor, nachdem manuelle Dilatation und Hystereuryse versagt hatten, mit diesem Verfahren einen glänzenden Erfolg errang, noch immer ihren Platz behauptet.

In einer in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie erschienenen Arbeit teilt Boldt zu den in der Literatur bekanntgegebenen 53 Fällen, in welchen durch Ausführung der Sectio ein Versuch zur Rettung von Mutter oder Kind unternommen wurde, einen neuen Fall mit, in welchem sich der Autor bei einem 12 Jahre 8 Monate alten Kind wegen rapid zunehmenden Lungenödems, Cyanose bei kleinem, frequentem Puls und vollständiger Bewußtlosigkeit zur Sectio caesarea gezwungen sah. Boldt faßt die Indikation zum Kaiserschnitt hierbei folgenderweise auf: „Die Sectio caesarea wegen Eklampsie ist indiziert, wenn die Symptome derart sind, daß das Leben der Mutter und des Kindes in Gefahr, wenn die Zervix weder dilatiert, noch dilatierbar, wenn also die Entbindung nicht auf natürlichem Wege ausführbar, wenn selbst Sectio caesarea per vaginam nach Dührssens Methode, von einem kompetenten Operateur ausgeführt, ein größeres Risiko sein würde als der typische Kaiserschnitt.“ Ja, selbst über die Ausführung dieser Operation an der Toten zur Rettung des kindlichen Lebens wird uns in diesem Zeitraume durch das Referat eines Vortrages berichtet, den Kriwski in der Sitzung der russischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie vom 28. Oktober 1904 hielt, wobei es dem Operateur noch $1^1/_2$ Stunden nach eingetretenem Tode der Mutter gelang, eine zwar tief asphyktische, jedoch wiederbelebte Frucht im achten Monate zu gewinnen; in der Diskussion hierzu vermochte auch Dolnisky einen analogen Fall mitzuteilen.

Trotz allen Entbindungsmethoden wird jedoch stets eine Reihe von Eklampsieformen übrig bleiben, in welchen nach stattgehabter Entleerung des Fruchthalters die Krampfanfälle nicht oder nur vorübergehend sistieren oder gar erst in dieser Zeit auftreten. Für diese Formen glaubt Sippel die Forderung nach Entfernung der bereits im Körper angehäuften und im Blute zirkulierenden Toxine erheben zu sollen. Da nun das die Prognose so ungünstig beeinflussende Fortbestehen der gehinderten Ausscheidung der Schlacken auf dem Wege der Niere so häufig auf eine akute Einklemmung dieses Organes — das Nierenglaukom im Sinne Harrisons — zurückzuführen ist, gleichgültig ob diese ihren Grund hat in einer primären Stauung der Niere vom Ureter oder von den Venen aus, oder etwa in einem rapiden Aufquellen der Epithelien durch außergewöhnlich intensive Toxinwirkung, ob sie schon vor Ausbruch der Eklampsie vorhanden war oder erst durch die Konvulsionen perfekt wurde, empfiehlt Sippel gleich Edebohls, wie Chambrelent und Pousson durch beiderseitige Spaltung der Nierenkapsel die Nieren von dem intrakapsulären Überdruck zu entlasten und auf diese Weise die infolge Kompression der kleinsten Nierengefäße behinderte Blutzirkulation wieder in Gang

zu bringen. Gegenüber Edebohls, der durch die Entkapselung die Unterbrechung der Schwangerschaft überflüssig gemacht sehen möchte, empfiehlt Sippel diese Operation jedoch nur für Entbundene, die Gravide wäre nach den oben aufgestellten Prinzipien zu entbinden.

Zum Schlusse dieser Zeilen möchte Referent auf eine Arbeit aus dem Lying-in-hospital in New-York hinweisen, welche die von verschiedenen Seiten zwecks Verdünnung des im Blute kreisenden Toxins so warm empfohlene intravenöse Kochsalzinfusion in einem eigentümlichen Licht erscheinen zu lassen geeignet wäre. Der Autor dieser Arbeit, Harrar, hebt hervor, daß die Mortalität in der Zeitepoche der methodischen Durchführung dieses Prinzipes ihren Höhepunkt erreichte.

Aus fremdsprachiger Literatur.

Bericht über die niederländische geburtshilflich-gynaekologische Literatur des Jahres 1907.

(1. Hälfte.)

Von Dr. **Catharine van Tussenbroek** (Amsterdam).

1. Nijhoff. Bydrage tot de geschiedenis der praktische Verloskunde in Nederland (1850—1860). (Nederl. Tijdschr. voor Geneeskunde, 1907, I, Nr. 1.) Gedrängte Übersicht der Geschichte der praktischen Geburtshilfe und Gynaekologie in den Niederlanden von 1850—1860.

2. Schalij. Een geval van Cervicaal-abortus met een merkwaardige uitwendige vondst. (Ned. Tijdschr. voor Geneeskunde, 1907, I, Nr. 2.) Ein Fall von Zervikalabort im 7. Monat. Die ganze Frucht lag im erweiterten unteren Uterinsegment. Das leere, kontrahierte Corpus uteri wurde irrtümlich für den Kindskopf gehalten.

3. Treub en Tak. De duur der zwangerschap (Schwangerschaftsdauer). (Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde, 1907, I, Nr. 4.)

Dieser Aufsatz bildet ein Kapitel aus einem bald erscheinenden Lehrbuch der gerichtlichen Geburtshilfe. Es behandelt die Gesetze, welche in Frankreich, Österreich, Deutschland und den Niederlanden die Schwangerschaftsdauer mit Bezug auf die Ehelichkeit des Kindes feststellen, sowie die Gesetzentwürfe, welche in den Niederlanden mit Bezug auf die Alimentationsfrage der unehelichen Kinder vorgelegt sind. Es wird gezeigt, daß diese Gesetze und Gesetzentwürfe mit dem jetzigen Stand der Geburtskunde, was die Schwangerschaftsdauer anbelangt, nicht in Einklang stehen. Die obere Grenze der Schwangerschaftsdauer muß entweder ganz fortfallen und die Entscheidung in jedem einzelnen Fall dem Richter überlassen werden, oder die obere Grenze muß auf 310 Tage gebracht werden und dazu noch die Beweisführung einer längeren Tragezeit zulässig sein.

4. Nijhoff. Het tweede huwelijk der weduwe en der gescheiden vroun. (Die zweite Ehe der Witwe und der geschiedenen Frau.) (Ned. Tijdschr. voor Geneeskunde, 1907, I, Nr. 6.) Im Anschluß an vorigen Aufsatz behandelt Nijhoff das Gesetz: Eine Frau kann keine zweite Ehe eingehen, bevor 300 Tage seit Entbindung der ersten Ehe vergangen sind. Dieses Gesetz bezweckt, Unsicherheit vorzubeugen bezüglich der Vaterschaft über ein Kind, geboren weniger als 300 Tage nach der Entbindung der ersten

und mehr als 180 Tage nach der Vollziehung der zweiten Ehe. Für die Frau, welche nicht schwanger ist bei Auflösung der letzten Ehe, und für die Frau, welche kurz nach dieser Auflösung von einem Kinde entbunden worden ist, sei dieses Gesetz unnötig hart. Die deutsche und die österreichische Gesetzgebung gestatten die Dispensation, die holländische nicht.

5. Mulder. Een geval van Congenitale Atresia oesophagi en atresia ani urethralis. (Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde, 1907, I, Nr. 7.) Bei dem ausgetragenen, lebend geborenen Kinde wurde die Atresia ani auf operativem Wege beseitigt. Es starb am 6. Tage an Inanition. Die beim Leben diagnostizierte Atresia oesophagi wurde durch die Sektion bestätigt.

6. van Tussenbroek. Zur Kasuistik der Hypoplasien des weiblichen Genitalapparates. (Ned. Tijdschr. van Geneeskunde, 1907, I, Nr. 8.) In extenso publiziert in dieser Zeitschrift, Bd. I, Heft 2.

7. Sitsen. Over Chorio-epithelioom. (Ned. Tijdschr. voor Geneeskunde, 1907, I, Nr. 11.) Behandelt im Anschluß an ein paar eigene Fälle den histologischen Bau des Chorionepitheliom, besonders mit Bezug auf die Frage, ob die Probecurettage eine sichere Diagnose ermöglicht. Es kommt hier hauptsächlich die Differentialdiagnose mit gutartigen Molenresten in Betracht. Findet man Eindringen der Neubildung in die Muskularis mit Zugrundegehen von Muskelzellen, dann steht die Malignität fest. Sonst empfiehlt sich die digitale Abtastung des Cavum uteri. Gibt dieselbe negativen Befund, dann muß die Curettage nach ein oder zwei Wochen wiederholt werden. Hat sich innerhalb dieser Zeit neues suspektes Gewebe entwickelt, dann ist die Uterusexstirpation indiziert.

8. Boerma. Door de ligging der kinderen veroorzaakte barensstornis bij tweelingen. (Ned. Tijdschr. voor Geneeskunde, 1907, I, Nr. 14.) Ein Fall von Geburtshindernis bei Zwillingen durch das gleichzeitige Eintreten beider Köpfe ins Becken. Wendung und Extraktion des vorangehenden, nachher Extraktion des zweiten Kindes. Beide lebend. Mutter gesund.

9. Honig. Een geval van febris puerperalis genezen na inspuiting met Ol. Terebinthinae. (Ned. Tijdschr. voor Geneeskunde, 1907, I, Nr. 16.) Ein Fall von schwerer puerperaler Infektion, behandelt mit Einspritzung von 2 *g* Ol. Terebinth. unter die Haut des Schenkels. Genesung.

10. Pinkhof. Ondersoek naar de kindersterfte onder de geneeskundig bedeelden te Amsterdam. (Die Kindersterblichkeit unter dem Teil der Bevölkerung von Amsterdam, welcher von der städtischen Behörde unentgeltlich mit medizinischer Hilfe versorgt wird.) (Ned. Tijdschr. voor Geneeskunde, 1907, I, Nr. 17.) Bei den Schwangeren, welche sich für unentgeltliche geburtshilfliche Assistenz anmeldeten, hat Pinkhof nachgefragt nach Zahl der Geburten; lebend oder totgeborene Kinder, Fehlgeburten; wie viele Kinder gestillt und wie viele künstlich ernährt worden sind; wie viele von beiden Kategorien im ersten Lebensjahre gestorben sind. Die Befragten wurden in fünf Gruppen, je nach dem Teil der Stadt, in welchem sie lebten, eingeteilt. Aus der statistischen Zusammenstellung der so erhaltenen Zahlen ergibt sich:

1. daß die Kindersterblichkeit unter der armen Bevölkerung von Amsterdam eine verhältnismäßig geringe ist;

2. daß schlechte Wohnungszustände und sonstige schlechte Lebensverhältnisse die Kindersterblichkeit wenig beeinflussen, wenn die Mütter ihre Kinder stillen: daß dagegen bei künstlicher Ernährung die Nachteile der ungünstigen sozialen Verhältnisse sich im vollen Umfang zeigen. Selbststillen ist Regel; künstliche Ernährung Ausnahme. Verfasser befürwortet die Einstellung einer „Goutte de Lait“ in Amsterdam.

11. Nijhoff. Bijdrage tot de Indicatie der Sectio Caesarea. (Ned. Tijdschrift voor Geneeskunde, 1907, I, Nr. 21.) Einundzwanzig Fälle von Sectio caesarea; zwanzig wegen Beckenverengerung, einer wegen multiplen Fibromyomen. Eine Frau starb, zwanzig wurden geheilt entlassen. Siebzehn Kinder lebten. Von den vier Verstorbenen waren drei schon im Absterben begriffen, als die Mutter, in partu, eingebracht wurde. Das vierte wurde lebend entwickelt, starb aber bald nachher.

12. Van de Velde. Eenig nieuws over de Hebotomie. (Neues zur Hebotomie.) (Ned. Tijdschr. voor Geneeskunde, 1907, I, Nr. 26.) Nach einem kurzen Rückblick über die Geschichte der beckenerweiternden Operationen bespricht van de Velde einige Einzelheiten aus der Technik der Hebotomie. Er befürwortet das Einführen der Nadel um das Schambein von unten nach oben. Zur Vermeidung von Kommunikationen der Hebotomiewunde mit eventuellen Rupturen rät er besonders bei enger Vagina und als Regel bei Primigravidae das Anlegen eines tiefen, extramedianen Schnittes durch Vulva, Perineum und Vagina, welcher in schräg rückwärtslaufender Richtung die Muskeln des Beckenbodens durchtrennt. Dieser Schnitt ist besonders empfehlenswert in den Fällen, wo Verengerung des Beckenausganges die Indikation zur Hebotomie gibt. Zwei derartige Fälle werden mitgeteilt.

Eine bleibende Erweiterung des Beckenringes erreicht van de Velde durch Fortlassen des komprimierenden Verbandes nach der Operation. Es bleibt zwischen den Knochenenden eine Distanz von 1·5—2 *cm* bestehen, von einem Blutkoagulum angefüllt. Dieses organisiert sich und wird umgewandelt in Knorpelgewebe, nachher in festes Knochengewebe, so daß die Solidität des Beckens keinen Schaden leidet. In drei Fällen von Hebotomie wegen Verengerung des Beckeneinganges ist nachher spontaner Partus erfolgt. Auch die Verengerung des Beckenausganges kann durch die Hebotomie dauernd aufgehoben werden.

13. Nijhoff. Over den Ouderdom van verloskundige Operaties. (Medische Revue, Jan, Febr, April 1907.) Historische Übersicht über die Reihenfolge, in welchen die verschiedenen obstetrischen Operationen ausgedacht und in die Praxis eingeführt worden sind.

14. Nijhoff. Hypermoderne Verloskunde. (Medische Revue, Mai 1907.) Referat eines Vortrages von Reijnolds (Chicago), welcher vorschlägt, bei neurasthenischen schwachen Frauen das Geburtstrauma zu verhüten durch eine operative Beendigung der Schwangerschaft bei den ersten Anzeigen der Geburt.

15. Kouwer en Walaardt Sacrée. De verloskundige Kliniek en Polikliniek der Rijksuniversiteit te Utrecht. Integraler Bericht über 1903 und 1904. Zahl der Entbindungen in der Klinik 309; in der Poliklinik 3035. In der Klinik wurden 44 Fälle von Abortus behandelt. Extraktion mittels Zange kam in der Klinik 27mal vor (22 lebende Kinder). Beckenendlagen werden prinzipiell am Ende der Schwangerschaft in Schädellagen umgewandelt. (20 gelungene Versionen auf den Kopf; viermal während der Geburt Prolapsus funiculi: eines der Kinder starb.) In Steißlage geboren wurden 14 Kinder: 6 davon starben. Plac. praevia kam 6mal, Eklampsie 5mal, Hydramnion 7mal vor.

Unter den 309 Patientinnen wurden 93 enge Becken gefunden; 55 davon kamen spontan nieder, 30mal war Kunsthilfe notwendig (Forzeps 7mal, Wendung und Extraktion 7mal; Extraktion 2mal, Partus arte praem. 8mal, Perforatio 4mal (einmal lebendes Kind; Hydrocephalus); Sectio caesarea 10mal).

Unter den 44 Abortusfällen war 10mal Abortus criminalis in confesso: von diesen Frauen machten 8 ein schweres Krankenbett durch: eine starb.

Die Pathologie des Wochenbettes ist ausführlich behandelt. Kouwer stellt als Begrenzung des normalen Wochenbettes 37·5 Achseltemperatur. So gerechnet beträgt die Morbiditätsziffer 63·5%, die Krankheiten extragenitalen Ursprunges nicht inbegriffen. Stellt man die Grenze auf 38°, dann sinkt die Morbidität auf 38·6%. Zwei schwere Fälle von Septikämie ausgenommen, sind es alle leichte Erkrankungen gewesen. Besonders häufig ist die Störung des Wochenbettes nach Sectio caesarea. Unter 27 von Jan. 1899 bis Dezember 1904 in der Utrechter Klinik operierten Fällen ist zwar keine der Mütter gestorben, doch sind einzelne schwer krank gewesen. Es bleibt die Sectio caesarea eine schwere Operation, welche nur den in guten Konditionen arbeitenden Spezialisten anvertraut werden darf.

16. Ter Braak und Mijnlieff. Een geval van eclampsie tengevolge van verhoogde intrarenale Spannung. (Intrarenale Druckerhöhung als Ursache von Eklampsie.) (Ned. Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie, 17. Jahrg., Abt. 4.) I-para. Spontane Geburt, lebendes Kind. Während der Gravidität Schwellung der Beine; während des Partus Erbrechen und leichte Zuckungen im Gesicht. Sechs Stunden post partum erster eklamptischer Anfall, bald von mehreren gefolgt. Zunehmendes Koma. Rechte Niere stark angeschwollen, schmerzhaft beim Betasten. Urin stark eiweißhaltig: Quantität 200 *g* in 24 Stunden. In 24 Stunden besserte sich der Zustand, am 4. Tag war der Nierentumor geschwunden. Die in Überlegung genommene Spaltung der Nierenkapsel konnte aus äußeren Gründen nicht ausgeführt werden. Man hat hier als Ursache der Eklampsie das Zusammenkommen eines toxischen und eines mechanischen Momentes (intrarenale Druckerhöhung durch venöse Stauung) anzunehmen. Eine kritische Besprechung der aus der Literatur bekannten ähnlichen Fälle, welche mit Kapselspaltung behandelt sind, ist dem Aufsatz beigegeben.

17. Engelhard. Honderd gevallen van lumbale anaesthesie met Stovain (Billon). (Ned. Tijdschrift voor Verloskunde en Gynaecologie, 17. Jahrg., 4. Abt.) Mitteilung aus der Utrechter Obstetrisch-Gynaekologischen Klinik. Resumé: 1mal konnte bei der Lumbalanästhesierung die Nadel nicht in den Duralsack eingeführt werden; 10mal trat nach gelungener Injektion keine Anästhesie auf; 63mal (darunter 15 Laparotomien) war die Anästhesie ideal oder ganz genügend; 20mal (darunter 15 Laparotomien) war die Anästhesie ungenügend und mußte Chloroform nachgegeben werden. In 49 Fällen (darunter 25 Laparotomien) war nicht nur die Anästhesie genügend, sondern es fehlten alle unangenehmen Beiwirkungen während der Operation, 15mal trat während der Operation ein leichter, einmal, 3/4 Stunden nach der Operation, ein schwerer Kollaps ein. Nebst ein- oder mehrmaligem Erbrechen wurden 10mal Kopf- oder Nackenschmerzen oder Schmerzen im Rücken und in den Beinen wahrgenommen. In 29 Fällen war die Temperatur erhöht. In 2 Fällen von Sectio caesarea wurde die Lumbalanästhesie ebenfalls versucht; einmal vergebens, weil starke rachitische Verkrümmungen der Wirbelsäule die Einführung der Nadel unmöglich machten, einmal mit gutem Resultat. Die Kontraktion der Gebärmutter war während und nach der Operation vorzüglich.

Vereinsberichte.

Geburtshilflich-gynaekologische Gesellschaft in Wien.

Sitzung vom 29. Oktober 1907. Vorsitzender: Chrobak. Schriftführer Cristofoletti.

I. Schauta: Zur Technik der Abnabelung.

Ich möchte mir erlauben, Ihnen davon Mitteilung zu machen, daß ich seit kurzer Zeit an meiner Klinik eine vereinfachte Technik der Abnabelung versuche, wie sie

Krönig in Freiburg und einige französische Autoren seit einiger Zeit anwenden und die darin besteht, daß man unmittelbar an den Hautnabel eine Pince hémostatique anlegt, dieselbe ca. 10 Minuten liegen läßt und den Nabelschnurrest unmittelbar an der Pince abschneidet. Damit ist die Abnabelung erledigt. Es bleibt nun ein minimaler Nabelschnurrest zurück. Da wir seit längerer Zeit schon dahin arbeiten, den Nabelschnurrest möglichst kurz zu gestalten, um die Infektionsgefahr zu verringern, da der Nabelschnurrest dann weniger der Zerrung ausgesetzt ist, schien mir diese Methode der Prüfung wert. Allerdings sind wir über das Stadium der Prüfung noch nicht hinausgekommen, da wir erst über 53 Fälle verfügen, doch kann ich schon heute sagen, daß wir mit den Resultaten sehr zufrieden sind und daß wir keine Nachblutungen hatten, der Nabelschnurrest ist sehr klein und beiläufig am 4.—7., längstens am 8. Tage fällt er ab. Er bedarf keiner weiteren Nachbehandlung und man ist auf diese Weise dem Ziele, den Nabelschnurrest so klein als möglich zu gestalten, um eine Infektion zu vermeiden und um kein Ligaturmaterial, das eine solche Infektion veranlassen kann, am Nabelschnurreste zurücklassen zu müssen, sehr nahe gekommen. Ich will an diese Methode heute keine weiteren Betrachtungen knüpfen, so auch nicht in bezug auf die Frage, ob man die Kinder trotzdem baden könne. Sie wissen ja, daß man das Baden der Kinder in den späteren Tagen ganz aufgeben will, um den Nabelschnurrest eintrocknen zu lassen. Ich möchte Sie nun bitten, daß Sie ähnliche Versuche anstellen, denn nur so können wir über das Stadium des Versuches hinauskommen und in die Lage versetzt werden, konkrete Vorschläge zu machen. Ich stelle Ihnen nun mehrere Kinder vor, die in dieser Weise abgenabelt wurden.

Diskussion:

Chrobak: Ich möchte mir zu dem Vortrage einige Worte erlauben. Es werden an meiner Klinik häufig Klemmen angelegt, aber immer wird dabei noch abgebunden. Was das Anlegen der Klemmen anlangt, so muß ich darauf aufmerksam machen, daß man dadurch an gewissen Prozeduren gehindert ist, so z. B. kann man bei scheintoten Früchten, wenn man so abnabelt, die Schultzeschen Schwingungen nicht machen. Als Regel würde daher gelten, nur bei gesunden Kindern das Klemmverfahren einzuleiten.

Schauta: Ich wollte mich eben in Details nicht einlassen. Was Chrobak gesagt hat, ist ganz selbstverständlich; mit solchen Klemmen kann man nicht schwingen. Wir nabeln das Kind provisorisch mit einem 2—3 *cm* langen Nabelschnurrest ab, machen mittelst der Schwingungen Wiederbelebungsversuche und klemmen dann, wenn das Kind sich erholt hat, den Nabel definitiv ab. Diese beiden Arten der Abnabelung lassen sich ganz gewiß vereinigen. Andrerseits würde ich ein asphyktisches Kind nicht in der heute von mir erwähnten Weise abnabeln, weil ich nicht weiß, ob dies in einem solchen Falle praktisch wäre. Diese Art der Abnabelung basiert darauf, daß die Zirkulation in den Nabelschnurarterien bei günstiger Atmung rasch aufhört. Ob bei einem Kinde, bei dem die Nabelschnurzirkulation noch im Gange ist, die Gefahr der Nachblutung besteht, weiß ich nicht. Ich würde ein asphyktisches Kind nicht so abnabeln, bevor es sich nicht ganz erholt und die normale Atmung angenommen hat. Aus diesem Grunde machen wir in solchen Fällen zuerst die provisorische Ligatur, und erst wenn sich das Kind erholt hat, klemmen wir ab.

Piskaček: Kann man eine solche Klemme sehen?

Schauta: Wir verwenden hierzu eine Pince hémostatique mittlerer Größe.

Piskaček: Ich werde jedenfalls auch an meiner Anstalt in ähnlicher Weise die Abnabelung vornehmen lassen, um in dieser Richtung persönliche Erfahrungen zu sammeln. Ich glaube aber, daß dieses Verfahren für das Gros der Geburten, insbesondere für die Hebammenpraxis nicht ganz geeignet ist. Jedes Verfahren, welches für die Kinder günstige Resultate bringt, ist mit Freuden zu begrüßen. Unser Verfahren ist auch nicht schlecht. Ich habe nachsehen lassen, wie es mit der Sepsis vom Nabel aus bei den im heurigen Jahre geborenen lebensfähigen Kindern steht. Vom 1. Jänner bis Ende September d. J. sind von 2224 bei uns geborenen Kindern nur 2 an Nabelsepsis gestorben. Ich könnte Ihnen eine Reihe von abgefallenen Nabelschnurresten zeigen, die aus verschiedenen Tagen stammen und die ganz schön ausschauen. Das alte Verfahren ist ein bewährtes und ich halte die neue Methode ganz besonders für die Hebammenpraxis nicht ganz geeignet.

Schauta: Darüber ist noch nicht zu sprechen. Ich habe ausschließlich die Sache als im Stadium des Versuches hingestellt und gebeten, solche Versuche weiter anzustellen. Einen definitiven Ausspruch zu tun, bin ich nicht in der Lage. Ob man diese Methode den Hebammen übergeben kann, weiß ich nicht. Es ist dies in erster Linie Sache der Hebammenschule. Doch bin ich der Ansicht, daß man den Hebammen, wenn man ihnen die Schere gibt, auch ruhig eine Pince hémostatique in die Hände geben kann. Schlecht fiele natürlich diese Methode bei einer Nabelhernie aus. Im übrigen könnten die Hebammen auch gründlich in

bezug auf verschiedene Anomalien des Nabels unterrichtet werden. Wie die Hebamme etwas anstellen kann, wenn der Nabel normal ist, kann ich mir nicht leicht vorstellen. Übrigens wissen Sie ja alle, wie ich darüber denke! Ich habe den Wunsch, daß möglichst viele Geburten von Ärzten geleitet werden, in deren Händen dieses Verfahren gewiß ein recht einfaches ist.

II. Schauta: Drei Fälle von Uterusperforation.

An meiner Klinik kamen in diesem Sommer zwei Fälle und in meiner Privatpraxis ein Fall von Uterusperforation vor. Diese Fälle sind außerordentlich interessant, schon deshalb, weil man, wie ich glaube, die Lehre von der regelrechten und kunstgerechten Ausräumung des Uterus nicht genug unter die praktischen Ärzte hinausschreien kann. Es ist dies schon in unserer Gesellschaft von Braun in einem längeren Vortrage geschehen, an den sich eine eingehende Diskussion geknüpft hat. Aber daß sich draußen in der Praxis etwas an den Verhältnissen geändert hätte, habe ich nicht bemerkt, da draußen, soweit mir Fälle zu Gesichte kommen, ohne Narkose, mit unzureichenden Instrumenten, besonders mit der Kornzange gearbeitet wird. Ich möchte Ihnen heute diese Fälle in Kürze vorführen, da jeder Fall seine Sonderheiten bietet und daher von Interesse ist.

a) Der erste dieser Fälle wurde am 11. Juli abends an die Klinik gebracht. Es handelte sich um eine 22jährige Person, welche im Beginne ihrer dritten Schwangerschaft stand. Sie litt seit einiger Zeit an Kopfschmerzen, Appetitlosigkeit und Atemnot. Der herbeigeholte Arzt riet ihr zur Einleitung des Abortus und erweiterte am 11. Juli den Zervikalkanal mit Hegarschen Stiften — wie er glaubt bis Nr. 8 —, worauf er mit einer Kornzange in die Uterushöhle einging, die er aber sofort, ohne Eiteile herauszubringen, zurückzog; doch befand sich an derselben ein Gebilde, das ihm nach längerem Ziehen als Darm imponierte. Er ließ dasselbe los, reponierte es in die Scheide und tamponierte mit Jodoformgaze. Die Frau wurde nun an unsere Klinik gebracht, wo sie um 8 Uhr abends ankam. Ich wurde nun gerufen. Es bestand bei der Frau Brechreiz und heftige Schmerzen im Abdomen; dasselbe sehr druckempfindlich und gespannt. Puls 100. Über der Symphyse, 3 Querfinger emporragend, ein apfelgroßer Tumor, der Uterus. Es wurden nun die Instrumente zur vaginalen Untersuchung ausgekocht, die Jodoformgaze entfernt, wobei ein von der Serosa derart entblößtes Dünndarmstück zum Vorschein kam, daß ich mir sagen mußte, daß dasselbe nicht zu erhalten sei. Es wurde nun zur Operation geschritten. Schnitt vom Nabel zur Symphyse. Hervorziehung des Uterus aus dem kleinen Becken, wobei sich an der hinteren Wand desselben eine Perforationsöffnung fand, in welche eine Dünndarmschlinge hineinzog. Der eine Schenkel der Darmschlinge war gebläht, der andere kollabiert. Da sich der Darm bei näherer Besichtigung als nicht erhaltungsfähig erwies, wurde die Resektion desselben beschlossen. Nach provisorischer Abbindung der beiden Schenkel wurde der Darm zirkulär durchtrennt und die Vereinigung der resezierten Darmstücke mittelst 3 Etagen vorgenommen. Hierauf wurde das Mesenterium reseziert und der Mesenterialschlitz vereinigt. Dann wurde von unten her der resezierte Darm durchgezogen und entfernt. Die Perforationsöffnung des Uterus wurde hierauf erweitert, dieser digital ausgeräumt, dann das Uteruskavum durch oberflächliche und tiefe Nähte geschlossen. Die Länge des resezierten Darmstückes betrug 110 *cm*. Dasselbe war in seiner ganzen Ausdehnung der Serosa beraubt und hatte keinen Anspruch auf Erhaltung. Das untere Ende des abgetrennten Darmstückes war 15 *cm* vom Übergange ins Zökum entfernt. Über den weiteren Verlauf will ich nur berichten, daß sich die Frau anfangs wohl befand. Am 3. Tage traten Diarrhöen auf. Solche Diarrhöen sind, wie ich von einzelnen Chirurgen gehört habe, bei ausgiebiger Resektion des Dünndarmes nichts seltenes, da durch Ausschaltung einer großen Darmpartie der Darminhalt nicht genug verarbeitet wird. Die Frau kam immer mehr und mehr herunter, bis auf ein Körpergewicht von 40 Kilo. Wir haben sie an die Klinik Noorden transferiert, um sie dort etwas auffüttern zu lassen, doch wurde sie in einem sehr herabgekommenen Zustande zu uns zurücktransferiert, worauf sie, in ihre Wohnung gebracht, einige Stunden nach ihrer Ankunft starb. Bei der Sektion fand sich hinter dem Uterus ein Abszeß. Es war eine Uterusnaht durchgeschnitten. Die Darmnähte hatten vollkommen gehalten.

Wenn ich nun über diesen Fall kurz mein Resümee geben darf, so möchte ich behaupten, daß es wohl besser gewesen wäre, wenn ich den Uterus ganz entfernt hätte. Es war doch offenbar vom Uterus aus eine Infektion ausgegangen. Der Uterus war

nicht mehr aseptisch gewesen und von hier aus ist die Infektion aufgetreten. Hätte ich den Uterus bei der Operation mitentfernt, wäre die Frau vielleicht erhalten worden, gerade so wie es in den beiden folgenden Fällen gelungen ist, die Frauen am Leben zu erhalten, obwohl diese Fälle schwerer als der eben angeführte Fall waren.

b) Es war noch keine Woche vergangen, als ich Gelegenheit hatte, den zweiten Fall — in meiner Privatpraxis — zu sehen. Ich war eben in einem hiesigen Sanatorium beschäftigt, als ich daselbst zu einem Konsilium zugezogen wurde. Es handelte sich um eine Dame, die an Hämoptoe gelitten hatte und der die Periode einmal ausgeblieben war; der behandelnde Arzt fand es nun für angezeigt, wegen einer vorhandenen Spitzenaffektion die vermeintliche Schwangerschaft zu unterbrechen. Am 16. Juli dilatierte er nun mittelst Hegar und Laminaria den Uterus und ging am 17. Juli mit einer Kornzange ein. Nachdem er mit der Kornzange mehrmals eingedrungen war, ohne etwas herauszubringen, bemerkte er plötzlich an derselben etwas Fett. Die Operation wurde nun unterbrochen und die Frau zu Bette gebracht. Ich stellte mich nun auf den Standpunkt, daß, wenn Fett an der Kornzange gefunden wurde, keine andere Annahme möglich sei, als daß das Mesenterium oder ein Appendix epiploicus verletzt worden sei. Wenn es sich aber um die Verletzung eines Appendix epiploicus handelt, so könnte auch eine andere Verletzung am Darme stattgefunden haben. Ein weiteres Zuwarten schien mir daher gefährlich, weshalb ich mich für die sofortige Laparotomie entschied, die auch am selben Tage wenige Stunden später vorgenommen wurde. Längsschnitt. Im Abdomen Blut und schaumige Flüssigkeit. Ferner fand sich eine Ileumschlinge zirkulär vom Mesenterialansatze abgerissen und auf ca. $1^1/_2$ *cm* Breite von Peritoneum entblößt. Die Muskulatur an zwei Stellen perforiert, Darminhalt in der Bauchhöhle. 2—3 *cm* davon entfernt fand sich eine zweite Verletzung, und zwar ein fingernagelgroßer Defekt der Serosa, der vernäht wurde. Endlich fand sich ein Defekt am Dickdarm auf 1—$1^1/_2$ *cm* Breite in der Ausdehnung von 2—3 *cm* Länge. Daselbst fehlt auch ein Appendix epiploicus und von hier stammt auch wahrscheinlich das auf der Kornzange gefundene Fett. Es wurde nun eine Serosanaht angelegt. An der vorderen Uteruswand fand sich in der Mitte ein hellergroßes Loch, aus dem ein etwa 10 *cm* langer Jodoformstreifen heraushing. Dieser wurde von unten zurückgezogen und der Uterus unter Zurücklassung der Adnexe supravaginal amputiert. Deckung des Stumpfes mit Peritoneum, Auswaschung der Peritonealhöhle mit sterilisierter Kochsalzlösung. Uterus war derb und dickwandig. Außerdem fand sich ein kleines Myom im Uterus, der sich als vollständig leer erwies. Der Perforationskanal verlief schräg von der Gegend des Orificium internum zur Mitte der vorderen Wand. Die Schleimhaut nur in spärlichen Resten vorhanden; fötale Elemente nicht mit Sicherheit nachweisbar.

Der Verlauf war ein vollständig glatter. Am 10. Tage stand die Frau auf, hatte eine gute Rekonvaleszenz und befindet sich jetzt wohl.

c) Der dritte Fall kam an meine Klinik und hat folgende Geschichte: Es handelt sich um eine 34jährige Frau, letzte Periode Ende Mai. Am 22. September mittags traten wehenartige Schmerzen auf mit Abgang kleiner Blutkoagula, worauf sofort ein Arzt geholt wurde, der die Ausräumung des Uterus ohne Narkose vornahm. Um 2 Uhr nachmittags traten heftige Schmerzen im Kreuze, $^1/_2$3 Uhr einmaliges Erbrechen auf und als der Arzt wieder zur Patientin kam, bemerkte er eine deutliche Spannung der Bauchdecken, hochgradige Empfindlichkeit des Abdomens. Um 9 Uhr abends wurde die Patientin auf unsere Klinik transportiert. Die Operation, welche der Arzt an der Patientin ausgeführt hatte, bestand in Dilatation der Zervix mittelst Hegarscher Stifte (Nr. 12—13) und Ausräumung mittelst Kornzange. Beim Vorziehen der Zange bemerkte er an derselben ein Stück Plazenta und außerdem eine 3—4 *cm* lange Membran, die den Anschein erweckte, als wäre es Netz. Er schob dieselbe zurück und ging mit einer stumpfen Kürette ein. Der Arzt ließ die Patientin husten und pressen, ohne daß dabei Darm vorfiel. Hierauf entfernte er sich. Bei der Ankunft an der Klinik machte die Patientin einen sehr schlechten Eindruck, zeigte beschleunigte Respiration und Puls, Abdomen stark aufgetrieben, druckempfindlich, die Bauchdecken stark gespannt, Singultus. Die Frau wurde narkotisiert und mit Rücksicht auf die Angaben des Arztes die Vorbereitungen zur Laparotomie getroffen. Es fand sich nun ein Riß rechts in der Zervix, knapp über dem inneren Muttermunde eine Perforationsöffnung, die für einen Finger durchgängig war und in die freie Bauchhöhle führte. Der Fötus befand sich scheinbar in der Bauchhöhle. Um $^3/_4$11 Uhr nachts wurde von Dr. Adler

in meiner Vertretung die Laparotomie vorgenommen, und zwar durch einen Medianschnitt. Im Abdomen fand sich flüssiges und koaguliertes Blut, der Uterus war nach links verlagert. In der Höhe der Übergangsfalte des Blasenperitoneums auf den Uterus fand sich rechts an der Uteruskante eine zweihellergroße Lücke, aus der koaguliertes Blut herausquillt. Die Blätter des Ligamentum latum waren durch die Blutung entfaltet wie durch einen bläulich durchschimmernden Tumor. In der freien Bauchhöhle fanden sich Blutkoagula und Plazentarstückchen. Das Ligamentum latum wird links unterbunden, die Blätter des Peritoneums rechts und vorne gespalten, der Uterus exstirpiert und hierauf die Drainage vorgenommen. Auf der rechten Seite im Ligamentum latum fanden sich Reste des Fötus. Eine Revision des Dünndarmes sowie des Darmes überhaupt ergab keine Verletzung. Die Annahme des Arztes, daß er den Darm herausgezogen habe, beruhte jedenfalls auf einer Täuschung, da es nicht denkbar ist, daß ein solcher hervorgezogener Darm nicht zumindest eine Quetschung oder eine Sugillation zeigen sollte. Auch in diesem Falle war die Rekonvaleszenz eine glatte; die Frau wurde geheilt.

Wenn ich nun aus diesen drei Fällen ein Resümee ziehen soll, so kann ich nur das wiederholen, was hier schon so oft gesagt worden ist, daß die Ausräumung des Uterus nicht so leicht und gleichgültig ist, wie sie oft vom praktischen Arzte aufgefaßt wird. Was uns interessiert, ist der Umstand, daß man immer gut daran tut, den Uterus mitzuentfernen, weil ein solcher, wenn er zurückbleibt, stets die Quelle der Infektion abgeben kann. Ich bedaure es auch, daß ich im ersten Falle den Uterus nicht entfernt habe. Ich tat dies nur, weil einerseits kein Darminhalt in die Bauchhöhle ausgetreten war und weil es sich andrerseits um eine 22jährige Person gehandelt hat. Hätte ich den Uterus exstirpiert, so wäre die Frau vielleicht gerettet worden. Der Verlauf der beiden anderen Fälle spricht für diese Anschauung.

III. Blau: Demonstration einer Uterusperforation.

A. **Blau** berichtet über folgenden Fall als Beitrag zu den instrumentellen Verletzungen des Uterus bei Abortusausräumung:

Es handelte sich um eine 51jährige Frau, welche sechs normale Entbindungen und Wochenbetten durchgemacht hatte, zuletzt vor 13 Jahren. Menstruation seit dem 16. Jahre regelmäßig bis vor 8 Monaten; nach 5monatlicher Pause trat vor 3 Monaten wieder eine etwas stärkere Blutung auf, die seither in geringer Intensität andauerte, letzter Zeit in einen bräunlich wässerigen, übelriechenden Ausfluß überging.

Die ausdrücklich gestellte Frage, ob sie sich nicht für schwanger gehalten habe, verneinte die Patientin entschieden.

Kleine, schwächliche Frau, sehr anämisch. Herz, Lungen gesund. Leichte Ödeme an den unteren Extremitäten. Im Urin kein Eiweiß. Kein Kolostrum in den Brüsten.

Status genitalis: Vulva klaffend, leichter Deszensus der Scheidenwände; niedriger, benarbter Damm. Scheide kurz, weit, glatt. Portio $1^1/_2$ *cm* hoch, Muttermund quergestellt, für die Fingerkuppe einlegbar. Aus dem Uterus fließt reichlich mißfarbig eitriges, bräunlich-rotes, dickliches, stark übelriechendes Sekret ab. Der Uteruskörper ist kugelig, vergrößert, ballonförmig aufgetrieben, von weicherer Konsistenz, gut beweglich. Parametrien und Adnexe nicht verändert.

In Anbetracht des Alters der Patientin, der einige Monate nach der „Menopause“ aufgetretenen Blutung, die jetzt von einem blutig-eitrigen, übelriechenden Ausfluß gefolgt war, in Anbetracht ferner des Aufgetriebenseins des Uteruskörpers wurde die Diagnose mit großer Wahrscheinlichkeit auf Carcinoma corporis uteri mit Pyometra gestellt.

Von einer Aufschließung mit Laminaria, wie sie — zu diagnostischen Zwecken — in nicht ganz sicheren Fällen an der Klinik häufig angewendet wird, mußte schon wegen des Verdachtes auf Pyometra Abstand genommen werden, weil danach gar nicht selten Parametritiden entstehen, welche die Vornahme der Radikaloperation verzögern oder andrerseits — wenn die Radikaloperation der Austastung der Uterushöhle direkt angeschlossen wird — die Gefahr der Verunreinigung des Operationsfeldes besteht.

Es wurde deshalb die vaginale Totalexstirpation des Uterus ausgeführt. Nach Umschneidung der Portio ringsum wird die Scheidenmanschette über dem Muttermund vernäht, um Abfließen von Sekret zu verhindern. Nachdem bereits beide Parametrien,

welche vollkommen frei waren, und das rechte Ligamentum latum abgeklemmt worden waren und der Uterus, welcher herausgestülpt worden war, bereits tief in der Scheide lag, reißt der Uterus am linken Horn, woselbst eine beträchtliche Verdünnung der Wand besteht, ein und es entleert sich aus der schmalen Einrißstelle mißfärbiges, dickes Sekret und bröckeliges, braun-mißfärbiges Gewebe blickt durch, wie Karzinomgewebe imponierend. Da der Uterus, wie erwähnt, schon tief in der Scheide lag, konnte das Einfließen von Sekret in die Bauchhöhle verhütet werden. Die normalen Adnexe wurden belassen.

Nach Aufschneiden des Uterus ergibt sich folgender überraschender Befund:

Das Cavum uteri ist ausgefüllt von einem zusammengeknüllten, schmalen, mißfärbigen Gazestreifen. Die Spitze desselben reicht in einen Rezessus hinein, der im linken Horn (entsprechend der Perforationsstelle) sitzt und zirka nußgroß ist. Dieser Rezessus ist nach außen hin nicht von der normalen Uteruswand begrenzt, sondern der Grund derselben wird gebildet von einer ganz schmalen Schicht bröckligen Gewebes.

Auch die übrigen Wände der kleinen Höhle sind rauh, während der Rand gegen die Uterushöhle zu von normaler Uterusschleimhaut bedeckt zu sein scheint. Die Schleimhaut des Uterus im ganzen ist glatt, die Wände von normaler Dicke, etwas weicher.

Es kann schon bei der makroskopischen Betrachtung einem Zweifel nicht unterliegen, daß es sich in diesem Falle um eine durch Verletzung erzeugte Kontinuitätstrennung der Uteruswand, d. h. um eine Perforation derselben handelte, welche aber den Peritonealüberzug intakt ließ. In den dadurch entstandenen klaffenden Trichter war die Spitze eines Jodoformgazestreifens fest hineingestopft worden.

Auf nachträgliches wiederholtes Befragen gab die Patientin zu, daß vor 3 Monaten, beim Auftreten der Blutung ein Arzt die Gebärmutter „ausgekratzt" und den Verdacht auf Abortus ausgesprochen habe. Von einer Tamponade resp. dem Einführen eines Streifens war der Patientin nichts bekannt.

Von einer malignen Degeneration der Uterusschleimhaut ist nichts nachweisbar, allerdings gelang es auch nicht mehr, mikroskopisch eine bestandene Gravidität nachzuweisen. Und doch müssen wir nach dem Befund des Präparates annehmen, daß es sich bei der 51jährigen Frau um einen Abortus gehandelt hat, bei dessen Ausräumung vor 3 Monaten die Verletzung der Uteruswand erfolgte. Ob dies beim Ausräumen oder bei der Tamponade mit der Kornzange oder vielleicht mit einem Hegarstifte oder einer Kürette geschah, läßt sich nicht mehr erheben.

Zu bemerken wäre noch, daß, wenn in diesem Falle tatsächlich die diagnostische Aufschließung und die Austastung der Uterushöhle mit dem Finger oder der Kürette vorgenommen worden wäre, die dünne Gewebsschicht, welche die Grenze des Rezessus nach außen hin bildete, leicht hätte perforiert werden können. Eine schwere Infektion der Peritonealhöhle hätte die Folge sein können.

Der Heilungsverlauf war ein glatter.

Patientin verließ die Klinik am 15. Tage nach der Operation.

Diskussion:

Haberda: Es ist ja kein Geheimnis, aber trotzdem gut, wenn es hier offen ausgesprochen wird, daß gerade beim kriminellen Abortus solche Perforationen des Uterus und besonders mit Vorziehen des Darmes vorkommen. Es ist recht bezeichnend, daß wir in früheren Zeiten in der forensischen Praxis wohl auch solche Uterusperforationen gesehen haben, aber nicht mit Vorziehung von Darmstücken. Man hat wohl solche Perforationen durch Hebammen, entstanden durch Sonden gesehen, wobei aber ein Vorziehen des Darmes nicht vorkam. Es ist ein offenes Geheimnis, daß heute die kriminelle Fruchtabtreibung viel häufiger geschieht als früher, und daß sich auch Ärzte daran beteiligen. Daraus ist es auch zu erklären, daß wir heute solche Perforationen, kombiniert mit Darmvorziehungen, öfter sehen. Begünstigt wird diese Tatsache noch dadurch, daß solche Aborte immer heimlich und schnell geschehen, meist auch ohne Assistenz. Ich wenigstens weiß von einigen solcher Fälle, bei denen kein zweiter Arzt zugegen war. Sie werden auch immer sehr früh gemacht, wo der Uterus noch sehr klein ist, weshalb man auch desto eher mit der Zange durchkommt.

Chrobak: Ich muß das, was ich wiederholt ausgesprochen habe, hier wieder berühren. Aber vielleicht gilt hier das Wort: gutta cavat lapidem; die Ursache der Perforationen, die wir hier gesehen haben, ist mit Ausnahme des Falles von Blau doch immer nur der Hegarsche

Stift gewesen, den wir bei Hebammen ja nicht finden. Und die Zahl der Perforationen, die auf das Kerbholz der Ärzte zu schreiben sind, wächst in einer schauderhaften Weise. Wir müssen uns darüber klar werden, daß die Verletzung mit dem Hegarschen Stifte immer ein strafwürdiges Vergehen ist. Wenn die Zervixhöhle bei der Erweiterung mit dem Hegarstifte platzt, so ist dies eine Sache, die man noch hingehen lassen kann. Man kann die Resistenz des Gewebes nicht so beurteilen, daß man dem Platzen ausweicht. Wenn man aber mit dem Hegarschen Stifte durch den Fundus uteri durchkommt oder durch die vordere Wand des Uterus, so ist dies immer ein strafwürdiges Vorgehen. Am Fundus uteri hat der Hegar nichts zu tun. Es zeigt von einer furchtbaren Roheit und Gedankenlosigkeit, wenn man mit dem Hegarschen Stifte einen Uterus durchbohrt. Wenn man weiß, daß die Uterushöhle 8 *cm* lang ist, so schiebt man eben den Hegarstift nicht auf 8 *cm* hinein. Ich habe schon früher einmal erwähnt, daß man sich vor einer solchen Unannehmlichkeit dadurch schützen kann, daß man an den Stift ein Markierungszeichen in Form eines Stückchens Drainrohr anbringt. Kommt die Perforation zustande am Seitenrande oder in der vorderen Wand des Uterus, nicht weit vom Orificium internum, so ist dies auch ein sträfliches Vorgehen, denn man darf nicht den Stift blind in den Uterus stoßen, sondern man muß wissen, wie die Uterushöhle verläuft, und es ist eine Roheit, wenn man in der Zervix ein Hindernis findet und mit Gewalt ein Loch hineinmacht. Wenn ich vor Gericht zu urteilen hätte, wäre ich nicht in der Lage, Verletzungen mit dem Hegarschen Stifte — ausgenommen das Platzen — straffrei zu machen.

IV. Bürger: Zur zystoskopischen Diagnostik.

V. Fischer: Haematoma post partum.

Dr. Fischer demonstriert die Zeichnung eines Haematoma post partum, welches sowohl durch das klinische Bild wie durch seinen Sitz Interesse bot. Die Geburt vollzog sich bei der 29jährigen Primipara in Steißlage und ging glatt vor sich. Naht einer kleinen Episiotomiewunde. Eine Stunde post partum heftige Schmerzen, welche die Patientin im Mastdarm lokalisierte und die so stark waren, daß die Frau, welche sich während der Entbindung sehr ruhig verhalten hatte, schrie und tobte. Bei der Untersuchung von Vagina und Rektum war keine Ursache für die Schmerzen feststellbar. Es wurden Eisstücke ins Rektum eingeführt und eine Morphiuminjektion verabreicht. Am nächsten Morgen war eine handtellergroße, blau verfärbte, nicht prall gespannte Hautpartie links seitlich am Anus sichtbar. In den nächsten Tagen vergrößerte sich das Hämatom in der Richtung gegen die linke Scheidenwand, das Lumen der Scheide von links her einengend. Inzision des Hämat m am 10. Tage post partum. Die Höhle, welche nach rechts durch die Raphe streng begrenzt war, schloß sich außerordentlich rasch.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Gynaekologie.

v. Herff, Chlorzink gegen Karzinom, Phenol gegen Endometritis. Münchener med. Wochenschrift, 1908, Nr. 7.

Scheunemann, Ein verbessertes Ansatzstück an den Irrigator zur Scheidenspülung. Ebenda.

Zacharias, Zwei mit Antitoxin „Höchst" behandelte Fälle von Tetanus nach gynaekologischen Operationen. Ebenda.

Klein, Die kgl. gynaekologische Universitätspoliklinik des Reisingerianums in München. Ebenda.

Kalischer, Solide Embryome des Eierstockes. Inaug.-Diss., Breslau, Oktober 1907.

Hartmann, Appendicite et annexite. Annales de Gyn. et d'Obstetr., Févr. 1908.

Pillet, Volumineux Kyste de l'ovaire. Ebenda.

Deals, On the Relation between the Ovaries and Uterus. Surg., Gyn. and Obstetr., 1908, Nr. 2.

Ferraresi, Sullo streptococco vaginale. La Rass. d'Ostetr. e Ginecol., 1908, Nr. 2.

Jeannin, Le segment inférieur de l'utérus. La Presse Méd., 1908, Nr. 14.

Westhoff, Über Diagnose und Therapie abnorm ausmündender vollwertiger Ureteren. Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 9.

Josephson, Eine neue Flächennaht der Faszie bei Laparotomie. Ebenda.

Weisswange, Beitrag zur Frage der Atmokausis. Ebenda.

Hollemann, Eine Omentalzyste. Ebenda.
Piquaud et Hue, Le releveur pubo-vaginal et les prolapsus génitaux. Revue de Gyn., 1908, Nr. 1.
Joannidis, Les cysthématomes menstruels post-opératoires. Ebenda.
Delbet et Caraven, De l'hystéropexie isthmique. Ebenda.
Theilhaber, Die Anwendung der Aderlässe und der örtlichen Blutentziehungen bei Neurosen und bei gynaekologischen Erkrankungen. Münchener med. Wochenschr., 1908, Nr. 9.
Flatau, Die Einschränkung des Leibschnittes durch vaginale Operationsmethoden. Ebenda.
Spaeth, Über die Gefahren der Intrauterinpessarien. Wiener klin. Rundschau, 1908, Nr. 10.
de Bovis, Rétrodéviations de jeunes filles et rétrodéviations de jeunes femmes. La Semaine Méd., 1908, Nr. 10.
Brothers, Final Results of Conservative Surgery of the Tubes and Ovaries. The Journ. of the Amer. Med. Assoc., 1908, Nr. 8.
Fehling, Zur Behandlung eitriger Adnexe. Hegars Beitr., Bd. XII, H. 3.
Mayer, Ein Beitrag zur Lehre von der Hypoplasie der Genitalien und vom Infantilismus. Ebenda.
Iwase, Zwei seltene Fälle von Embryoma ovarii. Ebenda.
Jung, Zur Diagnose und Histogenese des Ovarialkarzinoms. Ebenda.
Calzolari, La tubercolin-reazione come mezzo di diagnosi della tubercolosi genitale primitiva. Archivis di Ostetr. e Ginecol., 1908, Nr. 1.
Dessauer und Krüger, Die Nachbehandlung operierter Karzinome mit homogener Bestrahlung. Berliner klin. Wochenschr., 1908, Nr. 11.
Fratkin, Die Erfolge der Fangobehandlung in der Frauenklinik zu Freiburg i. Br. 1906. Inaug.-Diss., Freiburg, Februar 1908.
Fürstenberg, Zervixmyom. Inaug.-Diss., Gießen, Februar 1908.
Wolf, Haematoma ovarii. Ebenda.
Price, Dangers Attending Operative Intervention in Gonorrheal Salpingitis. Med. Rec., 1908, Nr. 9.
Levers, A Case of Wertheims Hysterectomy for Advanced Carcinoma of the Cervix. The Lancet, Nr. 4410.
Kehrer, Zur Kenntnis des primären Tubenkarzinoms. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., H. 3.
Cramer, Todesfall nach Atmokausis. Ebenda.
Schaeffer, Zu der Mitteilung des Herrn Grossmann: Einklemmung eines Laminariastiftes im Uterus. Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 11.
Carrasco, Fibromioma del ligamento ancho. Revista de Medicina y Cirurgía Práticas. Nr. 1017.
Fothergill, On the Need of Clinical and Pathological Investigation into the Nature and Causes of the Common Gynaecological Ailments. The Journ. of Obstetr. and Gyn. of the Brit. Emp., 1908, Nr. 3.
Phillips, An Unusual Degree of Cystic Degeneration of the Cervix. Ebenda.
Donald, Operation in Cases of Complete Prolapse. Ebenda.
Tracy, Fibromyomata uteri. Surg., Gyn. and Obstetr., 1908, Nr. 3.

Geburtshilfe.

Fuchida, Die Therapie der Eklampsie. Inaug.-Diss., München, Jänner 1908.
Tietz, Ein Beitrag zur Feststellung des günstigsten Zeitpunktes für die Einleitung der künstlichen Frühgeburt. Inaug.-Diss., Rostow, Jänner 1908.
Hellier, The Methods of Primitive Midwifery. The Lancet, 1908, Nr. 4406,
Lindenstein, Über Extrauteringravidität. Beitr. zur klin. Chir., Bd. LVI, H. 3.
Oberndorfer, Zur Frage der Heilung der Hebosteotomiewunde. Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 7.
Schenk, Zur Nekrose der Myome in der Schwangerschaft. Ebenda.
Louros, Über die Bedeutung der Eihautretention und die passende Methode zur vollständigen Entfernung derselben. Ebenda.
Sanes, Intrapartum Vaginal Ovariotomy for Ovarian Cyst Obstructing Labor. Amer. Journ. of Obstetr., Febr.
Drennan, Normally There Should be no Hemorrhage from the Placental Site at the Time of Delivary. Ebenda.
Ruth, Curettage and Puerperal Sepsis. Ebenda.
Gilles, Bassin vicié par absence de la moitié inférieure du sacrum. Bull. de la Soc. d'Obstétr. de Paris, 1908, Nr. 1.
Chirié et Stern, Éclampsie sans crises. Ebenda.
Garipuy et Schreiber, Un cas de mort d'un nouveau-né par hémorrhagie surrénale. Ebenda.
Voron et Gonnet, Rupture de la symphyse pubienne. Ebenda.
Planchu, Goitre constrictif chez un nouveau-né. Ebenda.

Fabre et Trillat, Goitre congénital et goitre maternel. Ebenda.
Commandeur, Brides amniotiques, amputations congénitales. Ebenda.
Fabre et Bourret, Kyste de l'ovaire et grossesse. Ebenda.
Fabre et Trillat, Emphysème sous-cutané au cours de la période d'expulsion. Ebenda.
Fabre et Bourret, Un cas de vomissements graves de la grossesse. Ebenda.
Samuel, Über Erleichterung der Austrittsbewegung durch eine besondere Haltung der Gebärenden. Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 8.
Sfameni, Über die Entstehung der Placenta marginata und circumvallata im Hinblick auf die Arbeiten von Liepmann und Kroemer. Ebenda.
Weisswange, Kaiserschnitt wegen Gebärunmöglichkeit infolge doppelseitigen Ovarialkarzinoms. Ebenda.
Weiß, Ausgetragene Bauchhöhlenschwangerschaft mit gutem Ausgang für Mutter und Kind. Ebenda.
Pincus, Zur Ätiologie der Retroflexio uteri puerperalis. Ebenda.
Voigt, Ein Fall von Sectio caesarea vaginalis auf Grund einer seltenen Indikation. Münchener med. Wochenschr., 1908, Nr. 7.
Ladner, Zur Kasuistik der Wendung. Inaug.-Diss., Bonn, August 1907.
Rosorius, Über Rückenmarksanästhesie in der Geburtshilfe. Inaug.-Diss., Bonn, Dezember 1907.
Schlüter, Schwangerschaft und Geburt bei Duplizität des Uterus. Inaug.-Diss., Breslau, November 1907.
Silberstein, Zwillingsgeburten der Breslauer Universitäts-Frauenklinik, 1902—1906. Ebenda.
Seliger, Beitrag zur Ätiologie der puerperalen Sepsis. Prager med. Wochenschr., 1908, Nr. 8.
Polak, Contracted Pelvis as a Cause of Dystocia. New York Med. Journ., 1908, Nr. 6.
Potocki, Grossesse extra-utérine à terme avec enfant vivant. Ann. de Gyn., Févr. 1908.
Mériel, Grossesse extra-utérine intra-ligamentaire, datant de 17 mois; marsupialisation, guérison. Ebenda.
Chirié, Hypertension artérielle et accès éclamptiques. Ebenda.
Doederlein, Report of a Case of Pubiotomy. Surg., Gyn. and Obstetr., 1908, Nr. 2.
Gigli, Il taglio lateralizzato del pube nelle infezioni genitali. La Ginecol. Moderna, F. 2—3.
Villa, Grave viziatura pelvica, operazione Porro. L'Arte Ostetr., 1908, Nr. 3.
Vaccari, Sulle affinità di alcuni momenti eziologici della macrosomia fetale e della gemellazione. La Rass. d'Ostetr. e Ginecol., 1908, Nr. 2.
Ruggeri, Un caso di prolasso di utero gravido. Ebenda.
Jacoby, Über eine Steißgeburt am Ende der Schwangerschaft bei Uterus bicornis. Münchener med. Wochenschr., 1908, Nr. 8.
Freund, Die operative Ära in der Geburtshilfe. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 9.
Credé, Weiteres über meine Pelvioplastik. Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 9.
Asch, Nierendekapsulation bei puerperaler Eklampsie. Ebenda.
Fusari, Sui rapporti esistenti fra la mestruazione ed il principio della gravidanza della donna. Archivio per le scienze mediche, 1907, Nr. 5.
Poussineau, Rapport sur les mutualités maternelles. L'Obstétrique, 1907, Nr. 6.
Rühl, Über Behandlung der Placenta praevia mit vaginalem Kaiserschnitt. Münchener med. Wochenschr., 1908, Nr. 9.
Spaeth, Myomotomie in der Schwangerschaft wegen Achsendrehung des Uterus. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 10.
Martin, Die Leitung der Geburt beim platten Becken. Med. Klinik, 1908, Nr. 10.
Sellheim, Zur Diagnose und Behandlung des engen Beckens. Med. Korr.-Blatt des Württembergischen ärztl. Landesvereines, 1908, Nr. 9.
Brothers, Etiology and Life History of the Fecundated Ectopic Ovum. The Internat. Journ. of Surg., 1908, Nr. 2.
Pfannenstiel, Zur Indikation und Technik des zervikalen Kaiserschnittes. Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 10.
Sellheim, Weiteres vom extraperitonealen Uterusschnitt. Ebenda.
Seitz, Über Follikelreifung und Ovulation in der Schwangerschaft. Ebenda.
Nijhoff, Kaiserschnitt wegen Placenta praevia und Beckenenge. Ebenda.
Weisswange, Vaginaler Kaiserschnitt bei Eklampsie. Ebenda.
Karaki, Beitrag zur Hebosteotomie. Hegars Beiträge, Bd. XII, H. 3.
Vogelsanger, Spätblutungen im Wochenbett. Ebenda.
Hicks, Rupture of the Genital Canal during Labour. The Practitioner, 1908, Nr. 3.
La Torre, Il meccanismo d'azione degli ascessi di fissazione. La Clinica Ostetr., 1908, Nr. 4.
Campione, Dell' influenza reciproca delle infiammazioni pelviche e degli stati di puerperalità. Archivio di Ostetr. e Gin., 1908, Nr. 1.
Runge, Über Puerperalfieber. Berliner klin. Wochenschr., 1908, Nr. 11.
Rothlauf, Haematoma vulvae. Inaug.-Diss., München, Februar 1908.
Dührssen, Die geburtshilfliche Dilatation in der Hand des praktischen Arztes. Ther. Rundschau, 1908, Nr. 10.

Aus Grenzgebieten.

Kuliga, Über Sirenenmißbildungen und ihre Genese. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., H. 3.
Füth u. Meyerstein, Über Formicin, ein neues Händedesinfiziens. Ebenda.
Kon, Iutaka und Karaki, Über das Verhalten der Blutgefäße in der Uteruswand. Virchows Archiv, Bd. CXCI, H. 3.
Frassi, Weitere Ergebnisse des Studiums eines jungen menschlichen Eies in situ. Arch. f. mikrosk. Anat., Bd. LXXI, H. 4.

Personalien und Notizen.

(Personalien.) **Habilitiert:** Dr. Andrea Boni in Pisa. — Dr. Pietro Sirena in Palermo. — Dr. M. Pazzi in Genua. — Dr. A. Zanfrognini in Modena. — **Gestorben:** Dr. K. G. Lennander, Professor der Chirurgie und Geburtshilfe an der medizinischen Fakultät zu Upsala. — Dr. Joseph Y. Mangum, Lektor der Chirurgie und Gynaekologie an der New York Polyclinic Medical School. — Am 4. April verschied in Florenz der Schöpfer der Hebosteotomie Dr. Leonardo Gigli im jugendlichen Alter von 42 Jahren infolge einer Lungenentzündung. Er war zuletzt an der Genueser Klinik tätig und Redakteur der jungen Zeitschrift „La Ginecologia Moderna". Es erübrigt sich, den Fachkollegen die Bedeutung der Giglischen Erfindung zu preisen. Bedauerlich ist es bloß, daß Gigli die äußere Anerkennung seiner Verdienste nicht erlangte, die ihm von seiten Bossis vergebens erstritten ward; man wollte, er solle die Dozentur „auf legalem Wege" anstreben: Der Tod ereilte Gigli, ehe er diesen Weg zurücklegen konnte. Sein Name wird gleichwohl einen Ehrenplatz in den Annalen der praktischen Geburtshilfe dauernd behaupten.

(Jubiläum.) Professor Dr. Franz Torggler in Klagenfurt feierte am 27. April seinen 25. Promotionstag. Aus diesem Anlasse fand eine Feier statt, an welcher sich der Kärntner Ärzteverein, viele Kollegen und Schüler des Jubilars beteiligten und denselben mit sinnigen Geschenken bedachten. In einer Reihe von Ansprachen wurden die Erfolge und Verdienste des Gefeierten hervorgehoben. — Die Redaktion dieser Rundschau entbietet ihrem Herausgeber und regen Mitarbeiter die herzlichsten Wünsche!

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: **Dr. Oskar Frankl.**

Herausgeber, Eigentümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg.**

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

// GYNAEKOLOGISCHE RUNDSCHAU.

ZENTRALORGAN
FÜR
GEBURTSHILFE UND FRAUENKRANKHEITEN.

II. Jahrg. 1908. 11. Heft.

Original-Artikel.

Aus dem histologischen Laboratorium der deutschen Universitätsfrauenklinik in Prag (Vorstand: Prof. O. v. Franqué).

Über die Verschleppung von Krebskeimen durch die freie Tube.

Von Dr. **Anton Sitzenfrey,** Assistent der Universitätsfrauenklinik in Gießen.

Mit 5 in den Text gedruckten Abbildungen.

Der erste Autor, der die Verschleppung von Krebskeimen durch die freie Tube annahm, war P. Reichel. Er gelangte zu dieser Annahme gelegentlich der Untersuchung mehrerer Fälle, bei welchen ein Karzinom des Eierstocks und des Uteruskörpers gleichzeitig vorlag. Gebärmutter und Eierstock bildeten hierbei den alleinigen Sitz der Neubildung; ein anderer Erkrankungsherd, z. B. Metastasen in den Parametrien, den Lymphdrüsen, auf dem Peritoneum, ließ sich klinisch nicht nachweisen bzw. bei der Sektion mindestens makroskopisch nicht finden.

Reichel hält in den untersuchten Fällen die Eierstockskarzinome für die primären Neubildungen, die Uteruskarzinome für Metastasen der ersteren und glaubt, daß die Verschleppung der Krebskeime vom Eierstock aus in der Weise erfolgte, daß sie nach Art des befruchteten Eies durch die Tubenkanäle in den Uterus gelangten, hier Wurzel faßten und sich weiter entwickelten.

Reichel bringt diesen Vorgang in Analogie zur sekundären Karzinomerkrankung tiefer gelegener Darmabschnitte beim primären Magenkrebs bzw. allgemeiner gesagt, bei primärem Karzinom eines höher gelegenen Abschnittes des Verdauungstraktus. Gleichwie im Darm der Primärtumor von der Sekundärgeschwulst durch eine Strecke völlig gesunder Schleimhaut geschieden sein kann, können auch die Tuben, die als Kanäle für die Verschleppung dienen, von der Erkrankung verschont bleiben.

Einen zwingenden Beweis für die Annahme der Verschleppung von Krebskeimen durch die freie Tube hat jedoch P. Reichel in seinen Fällen nicht erbracht. Erst v. Franqué ist es geglückt, in seiner zweiten diesbezüglichen Beobachtung das Vorkommen dieses Übertragungsmodus sicherzustellen.

In der ersten Beobachtung v. Franqués handelte es sich nicht um Karzinom-, sondern um Sarkompartikelchen, die frei im Tubenlumen lagen. Der Primärtumor, ein interstitiell-submuköses Rundzellensarkom, das mit beginnendem Zervixdrüsenkarzinom kombiniert war, hatte bereits zur Bildung einer großen Scheidenmetastase und eines in das Peritoneum durchgebrochenen Knotens im rechten Ligamentum latum geführt. Auf der freien Oberfläche des rechten Ovariums war mikroskopisch eine kleine Sarkommetastase nachweisbar. Mitten im Lumen des mittleren Abschnittes der rechten

Tube lagen frei, teils im Zentrum, teils zwischen den Schleimhautfalten der Tube Sarkompartikelchen; sie waren zum Teil in ältere Blutgerinnsel eingeschlossen, zum Teil lagen sie der Mukosa locker auf. Der uterine und abdominelle Endabschnitt der Tube waren leer und frei von Veränderungen. Leider war ein Stück des mittleren Tubenabschnittes, das bei der Operation stark zerfetzt worden war, nicht weiter verfolgbar, so daß immerhin die Möglichkeit vorliegt, daß gerade in diesem Abschnitt der Geschwulstknoten des Ligamentum latum in das Tubenlumen durchgebrochen ist. Auf jeden Fall wurden aber die Sarkompartikelchen eine Strecke weit im freien Tubenlumen verschleppt. v. Franqué hält die Einschleppung der Sarkompartikelchen vom Ostium abdominale her für wahrscheinlich, aber nicht für erwiesen.

In der zweiten Beobachtung v. Franqués, die in der Dissertation von Juseki Morinaga eingehend mitgeteilt wurde, waren beide Tuben und der Uterus karzinomatös erkrankt. Die linke Tube bildete eine etwa kindskopfgroße Geschwulst und zeigte am uterinen Anfang auf eine längere Strecke hin vollständige Obliteration ihres Lumens, so daß die Tube daselbst in einen soliden bindegewebig-muskulären Strang verwandelt war. Der Tumor der rechten Tube war nur halb so groß. Der faustgroße myomatöse Uterus ließ auf der Schleimhaut im ganzen Fundus die Reste der ausgeschabten Neubildung erkennen.

Alle Karzinome zeigten den gleichen histologischen Aufbau, der von dem gewöhnlichen Bild des Adenocarcinoma corporis uteri etwas abwich.

Die doppelseitigen Tubenkarzinome mußten als primärer, das Schleimhautkarzinom des Uteruskörpers als metastatischer Erkrankungsherd angesehen werden. Für letztere Annahme sprach überdies die Auffindung von sekundär implantierten Geschwulstpartikelchen im uterinen Teil der rechten Tube. Auf dieselbe Weise ist mit an Sicherheit grenzender Wahrscheinlichkeit die Geschwulst im Uterus durch Implantation von der rechten Tube her entstanden.

Die sekundäre Implantation der Karzinommassen auf der infolge alter Entzündungsvorgänge atrophischen Schleimhaut des rechtseitigen uterinen Tubenendes beschreibt Juseki Morinaga folgendermaßen:

„Schon wenige Schnitte weiter findet man dann im Lumen, näher der Wand, aber über der Epithelschicht einen kompakten Haufen von Geschwulstzellen, der sich nun in der Serie weiter verfolgen läßt. Bald sieht man ihn der Wand anhaftend, doch ist er dort offenbar nur sekundär implantiert: man kann keine Übergangsbilder von den benachbarten, zur Seite geschobenen und zusammengeballten Epithelien der Tube sehen, auch sieht man zwischen der bindegewebigen Tubenwand und der sich plötzlich erhebenden, nicht allmählich entstehenden Auflagerung an einer Stelle eine Schicht von Gerinnungsmaterial wie im Lumen der Tube. Das alles beweist, daß der Geschwulstknoten nicht hier entstanden, sondern von weiter oben verschleppt und hier nur sekundär implantiert ist. Histologisch entspricht dieser Knoten den Partien, in denen die Geschwulstzellen bis zur Bildung solider breiter Stränge und Nester gewuchert und dann in der schon mehrfach erwähnten Weise hydropisch degeneriert sind.“

In der eben mitgeteilten Beobachtung wurden somit die Geschwulstpartikelchen im Lumen der Tube anscheinend durch die Vis a tergo der Geschwulstmassen des in einem höheren Tubenabschnitt gelegenen Primärherdes und durch die Tubenperistaltik uterinwärts getrieben.

Über eine entgegengesetzte Beobachtung, bei der Karzinommassen eines primären Korpuskarzinoms vom Uterus aus in den Tubenkanal bis an die Grenze der Pars isthmica und ampullaris infolge heftigster Uteruskoliken gepreßt wurden, erlaube ich mir im nachstehenden zu berichten. Die Krankengeschichte des betreffenden Falles lautet:

Die 57jährige, seit 37 Jahren verheiratete Feldarbeiterin Marie Sch. wurde am 17. März 1902 von der internen Klinik des Herrn Hofrates Prof. Přibram (Prag) in die deutsche gynaekologische Klinik transferiert. Die Menstruation, die stets regelmäßig war, sistiert seit 3 Jahren. Patientin hat nie geboren, nie abortiert.

Seit einem halben Jahre treten ganz regelmäßig jeden Nachmittag Schmerzen im Unterleib auf, besonders in dessen linker Hälfte; dieselben waren bis vor 5 Wochen gering, seit dieser Zeit treten sie jedoch mit derartiger Intensität auf, daß Patientin arbeitsunfähig wurde. Die kolikartigen Anfälle dauern angeblich stets 7 Stunden. Fieber soll nicht bestanden haben. Seit 5 Monaten besteht Ausfluß aus dem Genitale. Der Stuhlgang ist angehalten, die Harnentleerung normal.

Vor 35 Jahren soll Patientin eine Lungenentzündung durchgemacht haben.

Status praesens: Die Patientin ist mittelgroß, grazil gebaut, von mittlerer Muskulatur und herabgesetztem Ernährungszustande. Die Hautdecken leicht gelblich gefärbt.

Die Herztöne sind dumpf, die Lungen ohne Besonderheiten. Abdomen etwas vorgewölbt, die Bauchdecken ziemlich fettreich, stark gespannt. Rechte Unterbauchgegend druckempfindlich. Äußeres Genitale einer Nulliparen. Die kleinen Labien sehr verlängert. Scheideneingang eng, mit frischem Blute bedeckt.

Scheide mittellang, eng, glatt. Portio vaginalis links von der Mittellinie, nach links schauend, etwas vergrößert, konisch, aufgelockert. Muttermund ein queres Grübchen. Corpus uteri anteflektiert, gut doppeltmannsfaustgroß, derb, beweglich, mit dem Fundus nach rechts abgewichen. Beckenbindegewebe und Adnexe sind wegen starker Spannung der Bauchdecken nicht zu untersuchen.

20. III. Sehr heftige Unterleibsschmerzen. Abendtemperatur 38·2°. Eisbeutel.

21. III. Abendtemperatur 38·6°. Zystitis. Urotropin 0·5 dreimal täglich.

26. III. Jeden Nachmittag ein kolikartiger Schmerzanfall, jedoch von verschiedener Intensität. In der Nacht starke Blutung.

29. III. Seit 3 Tagen normale Temperaturen; heute abends Temperatur 37·8°. Einführung eines Laminariastiftes.

30. III. Morgentemperatur 37·1°, Abendtemperatur 37·1°. Einführung eines zweiten Laminariastiftes.

31. III. Nach Entfernung des Laminaria Austastung der Uterushöhle; an der Vorderfläche des Uterus in der Höhe des inneren Muttermundes ein über erbsengroßes, polypöses Gebilde, das zur Hälfte mit dem Finger abgequetscht wird. Die Uterushöhle uneben, höckerig. Die vollständige Austastung des Fundus gelingt nicht wegen Enge und Straffheit des äußeren Genitales und Spannung der Bauchdecken. Sondenlänge 12 *cm*. Probecurettement. Ergotin subkutan und innerlich.

1. IV. Reichliche Sekretion aus dem Genitale; das Sekret ist eitrig und blutig tingiert. Seit 3 Tagen keine Schmerzanfälle. Tägliche Lysolspülungen der Scheide.

4. IV. Nachmittags wieder kolikartige Schmerzen im Unterleib. Prießnitzscher Umschlag aufs Abdomen.

5. IV. Die histologische Untersuchung der Abrasionspräparate ergibt, daß die Gewebsstückchen fast durchgehends aus Plattenepithelkarzinommassen bestehen; die einzelnen Krebsalveolen, die bisweilen eine recht beträchtliche Größe erreichen, setzen sich aus großen polygonalen Epithelzellen zusammen, deren blasse Protoplasmaleiber ein gequollenes Aussehen darbieten; die bläschenförmigen Kerne zeigen häufig mitotische Vorgänge, nicht selten multipolare Riesenmitosen. Das Grundgewebe läßt sich an den Karzinompartikelchen in der Regel nicht mehr erkennen. Nur ein Stückchen ist als Zervixschleimhaut anzusehen, deren Deck- und Drüsenepithel normal erscheint; im Stroma gelegene Lymphgefäße sind mit Plattenepithelkarzinomzellen erfüllt und stark ausgedehnt.

6. IV. Seit Morgens heftige kolikartige Schmerzen im Unterleib. Morphium und Prießnitz.

10. IV. Bronchitis.

22. IV. Heftige Blutung aus dem Genitale. Scheidentamponade mit Jodoformgaze.

25. IV. Bronchitis gebessert. Abendtemperatur 38°.

5. V. In Chloroformnarkose wird von Herrn Prof. Kleinhans, dem ich an dieser Stelle für die Überlassung des Falles bestens danke, die abdominelle Totalexstirpation mit Entfernung beider Adnexe vorgenommen.

Eröffnung der Bauchhöhle durch einen ca. 18 *cm* langen Medianschnitt. Nach stumpfer Umstechung der Lig. inf.-pelv. und rotunda beiderseits werden diese gegen den vergrößerten weichen Uterus durchtrennt. Durchtrennung der Plica vesico-uterina. Abschieben der Blase unter Zuhilfenahme vaginaler Vordrängung des vorderen Scheidengewölbes. Eröffnung der Scheide. Hierauf wird der Uterus gehoben und zu beiden Seiten die Gefäße abgeklemmt. Nach Durchtrennung der Ligamenta lata und Durchschneidung des Kollum wird das Corpus uteri entfernt, um Platz zu gewinnen. Partielle Umstechung der vorderen Vaginalwand, Ausschneiden des noch restierenden Portiostumpfes, Fortsetzung der vaginalen Umstechungen. Versorgung der provisorisch abgeklemmten Uteringefäße. Drainage des subperitonealen Wundraumes durch einen Gazestreifen nach der Vagina hin. Fortlaufende Peritonealnaht. Schluß der Bauchwunde nach Sänger. Gaze-Heftpflasterverband. Sandsack.

12. V. Entfernung der vaginalen Streifen.

18. V. Entfernung der Bauchnähte. Heilung per primam intentionem.

Die weitere Nachbehandlung war durch einen Dekubitus am Kreuzbein und Exazerbation einer Otitis media supp. chron. sin. kompliziert.

Am 2. Juli 1902 wurde Patientin geheilt entlassen.

Das bei der Operation gewonnene Präparat besteht aus dem im Kollum amputierten Uterus in Verbindung mit den Adnexen und dem gesondert entfernten Zervix-Scheidenteil. Die Gesamtlänge des Uterus beträgt 26 *cm*; er ist im Korpus 8 *cm* dick und von Tubenecke zu Tubenecke gemessen 10 *cm* breit und besitzt eine sehr weiche Konsistenz. Ein sagittal durch die vordere Wand des Uterus gelegter Schnitt zeigt die Schleimhaut größtenteils eingenommen von höckeriger, gelblich bis grauweißer, weicher Aftermasse in Form von größeren und kleineren flachen Knoten. Im Bereiche des Korpus, und zwar an dessen vorderer Wand, sitzt halbkugelig ins Lumen vorspringend bis fast an den inneren Muttermund heranreichend, ein damenfaustgroßer, länglich-ovaler Knoten von gelbweißer Aftermasse mit höckeriger Oberfläche und sehr weicher Konsistenz. Außerdem findet sich dem Fundus wie der hinteren und linkseitigen Korpuswand breitbasig nach abwärts bis über dem inneren Muttermunde entspringend eine mannsfaustgroße, weiche Neubildung, die zum Teil von Schleimhaut überzogen erscheint und polypenartig in den dilatierten Zervikalkanal hinabreicht. Im Fundus und entsprechend dem oberen Bezirke der hinteren Wand erscheint die Aftermasse eitrig zerfallen. Die Uterusmuskulatur stark hypertrophisch, bis $3^3/_4$ *cm* dick, weich und von der Aftermasse unregelmäßig auf die Hälfte der Wanddicke durchsetzt. Die Serosa des Uterus intakt.

Das rechte Ovarium über haselnußgroß, von platter Form, makroskopisch ohne Besonderheiten. Die 8 *cm* lange rechte Tube zeigt einen geschlängelten Verlauf und an der Grenze ihres ampullären und isthmischen Teiles eine kleinbohnengroße (10 $\times$ 8 *mm*) Anschwellung; ihr abdominales Ostium offen.

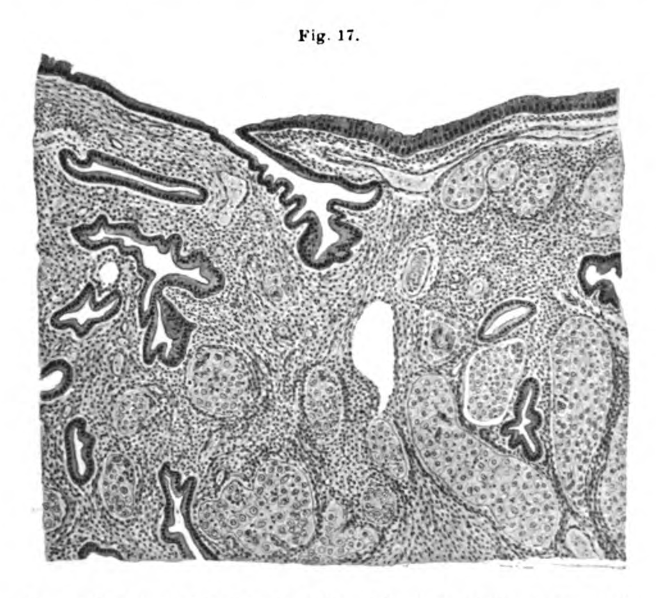
Das linke Ovarium kleiner als das rechte, bietet wie die zugehörige 9 *cm* lange Tube normale Verhältnisse.

Zur histologischen Untersuchung gelangte eine sagittale Scheibe aus der Mitte der Hinterwand des supravaginal amputierten Uterus und des Zervix-Portiostumpfes, ferner von der rechten Tube die kleinbohnengroße Anschwellung, der angrenzende uterine Tubenabschnitt mit dem uterinen Tubenende und ein präfimbriales Tubenstück; endlich eine Hälfte des rechten und linken Ovariums und Querstücke der linken Tube.

Die Portio verhält sich vollkommen normal. In der Zervix (s. Fig. 17) fällt zunächst auf, daß sich das pallisadenförmige einschichtige Zylinderepithel der Drüsen und Oberfläche ungemein stark mit Hämatoxylin färbt; die Drüsenlumina sind mit blau gefärbten Schleimmassen erfüllt. Das Deck- und Drüsenepithel zeigt stellenweise büschelartige Vorsprünge. Eine Vermehrung der Drüsen liegt nicht vor. Weiterhin fallen in der Zervixschleimhaut die stark dilatierten Lymphgefäße auf, die mit Plattenepithelkarzinomzellen erfüllt sind. Die Epithelzellen besitzen große, helle, in der Regel nur ganz leicht tingierte Protoplasmaleiber von

polygonaler Form. Je größer der Zelleib ist, ein desto blasseres und gequolleneres Aussehen bieten in der Regel die Zellen dar. Es finden sich jedoch auch große polygonale Zellen vor, deren Protoplasmaleiber den Farbstoffen gegenüber ein verschiedenes Verhalten zeigen.

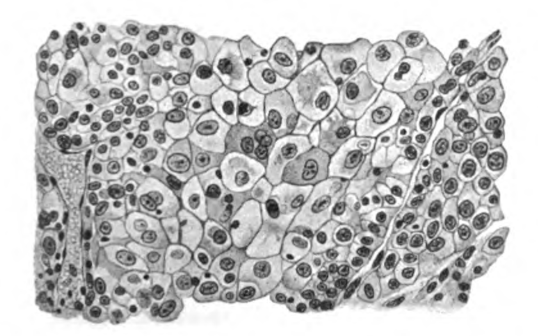
Fig. 17.



Zervixschleimhaut; ihre Lymphgefäße mit Plattenepithelkarzinom erfüllt. Vergr. Zeiss, Obj. AA, Ok. 2.

Während das Protoplasma einzelner Zellen sich mit Hämatoxylin tief blau färbt, ist das Protoplasma benachbarter Zellen durch Eosin sattrot gefärbt. Bei van Giesonfärbung trifft man nicht selten im Zelleib auf ziegelrote bis gelb gefärbte, mannigfach geformte Einschlüsse. Ein ungemein wechselvolles Bild zeigen die Zellkerne, die sehr oft multipolare Riesenmitosen aufweisen.

Fig. 18.



Aus der hinteren Wand des Corpus uteri. Stark gequollene Plattenepithelkarzinomzellen. Vergr. Zeiss, Obj. DD, Ok. 1, Tubus eingezogen.

Fig. 19.



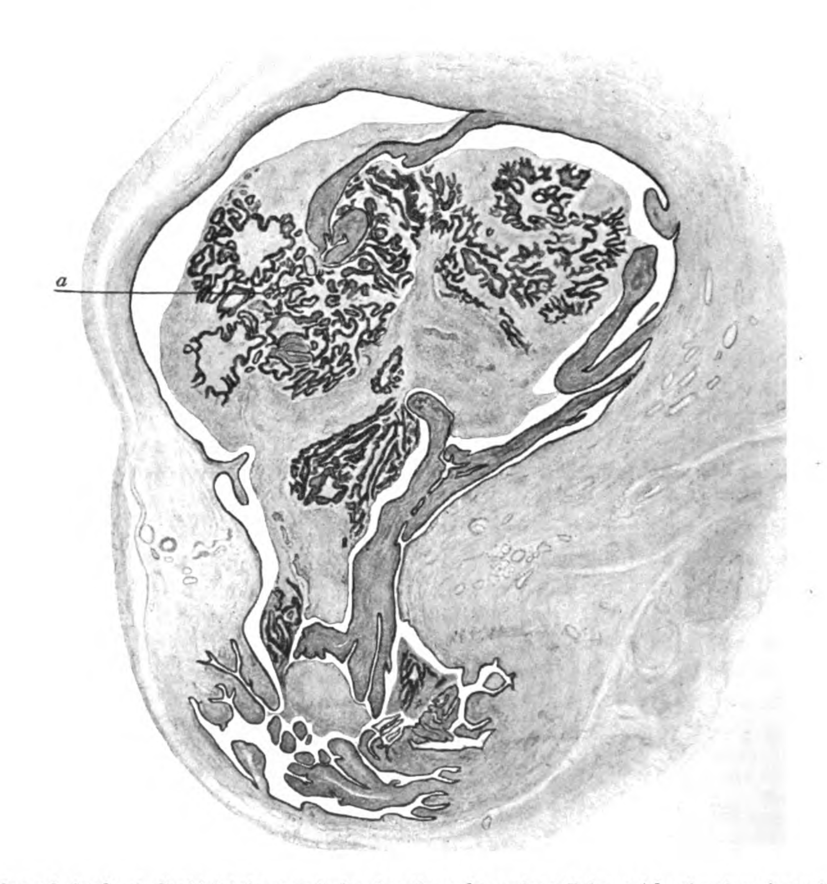
Adenokarzinomatöse Stelle aus einem Curettementpräparat. Vergr. Zeiss, Obj. A, Ok. 1.

Die Wandung der oberen Zervixhälfte ist bis auf ihr äußeres Drittel vom Plattenepithelkarzinom eingenommen. Die Krebsalveolen liegen so dicht aneinander, daß die bindegewebigen Septen bisweilen nur von einer einzigen Zellage gebildet werden. Oft finden sich unter den

Karzinomzellen Riesenzellen, die 8 bis 9 große Kerne und mehrere verschieden geformte und gefärbte Zelleinschlüsse beherbergen.

Die mächtigen polypösen Bildungen bestehen ausschließlich aus Karzinommassen der beschriebenen Textur. Das gleiche Aussehen zeigen die Karzinomherde, die die Korpuswand (s. Fig. 18) entsprechend ihrem inneren und mittleren Drittel direkt substituieren. Normale Schleimhaut ist in den Präparaten des Corpus uteri nirgends anzutreffen. Erst als ich behufs Identifizierung der in der Tube gefundenen Adenokarzinompartikelchen neue Schnitte anfertigte, gelang es mir, Stellen aufzufinden, die das typische Bild eines papillären Adeno-

Fig. 20.



Querschnitt durch die kleinbohnengroße Anschwellung der rechten Tube. *a* Adenokarzinomformationen, die von Detritus und Gerinnungsmaterial umschlossen werden. Die Plattenepithelkarzinomformationen heben sich bei dieser Vergrößerung vom Detritus nicht ab. Vergr. 11fach.

karzinoms aufweisen, das vielfach durch Metaplasie der Zylinderzellen in Plattenzellen Übergänge in das Plattenepithelkarzinom zeigt.

Ich habe nun auch den Zelloidinblock, welcher die bei der Abrasio mucosae gewonnenen Stückchen enthielt, weiter geschnitten und konnte in den Abrasionspräparaten gleichfalls adenokarzinomatöse Stellen treffen (s. Fig. 19).

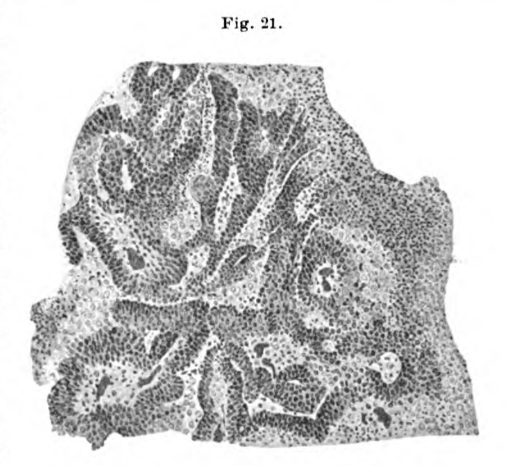
Die mikroskopische Untersuchung der rechten Tube ergab hinsichtlich des abdominalen und uterinen Endes keine wesentlichen Veränderungen. Der Wimpernbesatz ist stellenweise gut erhalten. Auffallend war nur das ziemlich weite, starre Lumen des interstitiellen Teiles.

Einen interessanten Befund hingegen bot die kleinbohnengroße Anschwellung der Tube. Das betreffende Tubenstück wurde vollständig in Schnitte zerlegt. Schon makroskopisch läßt sich an den Schnitten beobachten, daß die Anschwellung der Tube durch eine in ihrem Lumen angesammelte Masse bedingt ist, die nirgends der Tubenwand direkt aufliegt, sich vielmehr anscheinend bei der Härtung von derselben mitten ins Lumen zurückgezogen hat und so einen fremdhaften Eindruck erweckt. Die Wand der Tube ist überall intakt; an keiner Stelle konnte in der Tubenwand ein karzinomatöses Lymphgefäß oder eine Karzinommetastase aufgefunden werden, die möglicherweise in das Tubenlumen durchgebrochen und weitergewuchert wären.

Die Tubenschleimhaut zeigt infolge der Ausdehnung des Tubenlumens nicht den gewöhnlichen Faltenreichtum; ihr Epithel weicht insofern von der Norm ab, als es an der Wand und der Oberfläche der großen Falten kubisch oder abgeflacht erscheint, in den Buchten hingegen sehr oft aus außergewöhnlich hohen palisadenartigen, dichtgedrängten Zylinderzellen besteht, die schmale, lange, intensiv gefärbte Kerne besitzen und bisweilen in dichten Büscheln oder Garben sich in das Lumen erheben.

Das Lumen (s. Fig. 20) selbst ist erfüllt mit Karzinombröckelchen, die durch einen körnigen, von Leukozyten durchsetzten Detritus zusammengehalten werden. Die Karzinombröckelchen bestehen aus papillären Adenokarzinom- und Plattenepithelkarzinompartikelchen (s. Fig. 21). Erstere treten, da sich die geschichteten Zylinderzellen viel intensiver mit Hämatoxylin färben, insbesondere bei schwacher Vergrößerung, viel schärfer hervor, als die blassen, zum Teil gequollenen Epithelzellen des Plattenepithelkarzinoms. Doch sind auch hier an den Adenokarzinomformationen die metaplastischen Übergänge in das Plattenepithelkarzinom deutlich erkennbar. Die Zellen des bindegewebigen Gerüstes der papillären Adenokarzinombildungen sind größtenteils hydropisch gequollen. Bisweilen führt das Stroma Blutgefäße mit gut erhaltenen roten Blutkörperchen. Beide Karzinomformen stimmen mit dem histologischen Bilde der im Korpuskarzinom angetroffenen Formen überein; nur prävalieren in der Tube die Adenokarzinompartikelchen, während, wie erwähnt, adenokarzinomatöse Stellen im Korpuskarzinom äußerst spärlich vorhanden sind. Einzelne Karzinompartikelchen zeigen nekrobiotische Erscheinungen, Verkalkungsherde.

Fig. 21.



Stelle aus dem Karzinomkonglomerat im rechten Tubenlumen bei Vergrößerung: Reichert, Obj. 3, Ok. 1.

Eine Implantation von Karzinomzellen auf die Tubenschleimhaut konnte ich nicht beobachten. Die Karzinompartikelchen liegen stellenweise den Tubenfalten direkt an, aber überall ist das Zylinderepithel an letzteren erhalten.

Die Ovarien zeigen die entsprechenden Alterserscheinungen; in den Rindenschichten sind keine Follikel mehr anzutreffen. Im rechten Ovarium fanden sich in einzelnen Lymphgefäßen des Hilus plattenförmige Karzinomzellen. Auch im parametranen Bindegewebe konnten Lymphgefäße, vollgepfropft mit Karzinomzellen, beobachtet werden.

In der vorliegenden Beobachtung handelt es sich somit um ein weit vorgeschrittenes Plattenepithelkarzinom des Uteruskörpers, das nur an vereinzelten Stellen noch seine Entstehung aus einem ursprünglichen Adenokarzinom verrät und zu mächtigen polypösen Bildungen geführt hat, welche die so heftigen, das klinische Bild beherrschenden Uteruskoliken veranlaßt haben. Letztere haben die Ursache sowohl für die Er-

weiterung im isthmischen Abschnitt der rechten Tube als auch für die Verschleppung der Karzinompartikelchen in die Tube abgegeben. Durch die Uteruskontraktion und möglicherweise durch gleichzeitig auftretende antiperistaltische Kontraktionen der Tubenmuskulatur wurden Karzinompartikelchen in die uterine Tubenmündung bis in eine größere Windung der Tubenmitte gepreßt. Die Zusammensetzung der im Tubenlumen gelegenen Karzinommassen aus einzelnen kleinen Bröckelchen, die durch einen körnigen, von Leukozyten durchsetzten Detritus aneinander gekittet sind, macht es wahrscheinlich, daß während einer Uteruskolik nur immer ein Krebsbröckelchen bzw. eine geringe Anzahl solcher in die Tube befördert wurden. Für die sukzessive Entstehung des Karzinomkonglomerates spricht auch, daß einzelne Karzinompartikelchen nekrobiotische Erscheinungen, so Verkalkungsherde aufweisen, während benachbarte Krebsbröckelchen einen frischen, proliferationsfähigen Eindruck machen. Die Karzinompartikelchen gelangten nur bis in eine größere Windung der Tubenmitte, was vielleicht auf eine abdominalwärts ihr Lumen stark verengernde Abknickung zurückzuführen ist. Sie stauten sich in dieser Windung an und wurden durch den miteingepreßten Detritus zu einer makroskopisch einheitlichen Masse verbunden, die allmählich an Größe zunahm, die Windung weiterhin dilatierte und so die sichtbare Anschwellung der Tube verursachte.

Der Umstand, daß die adenokarzinomatösen Bildungen prävalieren, läßt sich wohl in der Weise erklären, daß sie ihren ursprünglichen Standort in der Korpusschleimhaut in der Nachbarschaft der Einmündungsstelle der rechten Tube hatten und hier infolge der Uteruskontraktionen abbröckelten und in das Tubenlumen gepreßt wurden.

Die Zeit, wie lange die Karzinompartikelchen in der Tube bereits gelegen sind, läßt sich nicht genau bestimmen; immerhin deutet die Ausdehnung der Tubenwand an der betreffenden Stelle auf einen längeren Bestand hin.

Wie schon bei der mikroskopischen Beschreibung erwähnt wurde, konnte eine Implantation der Karzinomzellen auf der Tubenschleimhaut nicht beobachtet werden. Auch für die Annahme einer Verschleppung der Karzinomzellen durch den Tubenkanal auf das Bauchfell fehlen in diesem Fall sichere Anhaltspunkte; Metastasen auf der Serosa des Uterus, der Tuben, der Eierstocksoberfläche konnten nicht nachgewiesen werden.

Die büschel- und garbenförmigen Wucherungen des Tubenepithels in den Buchten der Schleimhautfalten stimmen vollkommen überein mit dem Befunde, den v. Franqué in der eingangs erwähnten ersten Beobachtung erheben konnte. v. Franqué hält diese Epithelveränderungen, da nirgends eine Metaplasie und Pleomorphie der Epithelzellen zu finden ist, für eigentümliche, auf chronische Reizzustände zurückzuführende gutartige Wucherungen des Tubenepithels.

Als wesentlichstes Ergebnis der Arbeit möchte ich zum Schluß hervorheben, daß beim primären polypösen Korpuskarzinom durch die kolikartigen Kontraktionen des Uterus Karzinompartikelchen weit in den Tubenkanal hineingelangen können, womit die Möglichkeit zur Entstehung eines sekundären Tubenkarzinoms oder, wenn die Partikelchen bis in den Peritonealraum gelangt sind, zur peritonealen Aussaat der Krebszellen gegeben ist.

Literatur: 1. O. v. Franqué, *a)* Über Sarcoma uteri. Münchener med. Wochenschr., Nr. 41, 1898. *b)* Über Sarcoma uteri. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XL, H. 2. — 2. Juseki Morinaga, Über maligne Erkrankung der Tube und Metastasenbildung im Uterus. Dissertation. Würzburg 1903. — 3. P. Reichel, Über das gleichzeitige Vorkommen von Karzinom des Uteruskörpers und des Eierstockes. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XV, 1888.

Aus dem Kaiserin Elisabeth-Wöchnerinnenheim in Wien.

Über das Frühaufstehen im Wochenbette.

Von Primararzt Dr. **Wilhelm Rosenfeld.**

Unsere Ansichten über die seit jeher für so wichtig gehaltene unbedingte Bettruhe während der Dauer des Wochenbettes sind in den letzten Jahren einigermaßen erschüttert worden. Wenn auch die meisten Kliniker daran festhielten, die Wöchnerin womöglich 10—14 Tage vollständige Ruhelagerung im Bette einhalten zu lassen, so wurden doch einzelne Stimmen laut, die eine Änderung dieses Regimes vorschlugen. So spricht sich Rutherford[1]) gegen die fortdauernde Rückenlage der Wöchnerin aus, da er dieselbe für das Zustandekommen von Retrodeviationen des Uterus verantwortlich macht. H. C. Coe[2]) läßt die Wöchnerin, wenn nötig, schon in den ersten Stunden nach der Geburt sich aufsetzen, um die Urinentleerung zu erleichtern, wenn dadurch das Katheterisieren vermieden werden kann. Von der Beobachtung ausgehend, daß eine lang andauernde Bettruhe zur Inaktivitätsatrophie der Bauch- und Beckenbodenmuskulatur führe, rät Falk[3]), schon vom 3. Tage an gewisse gymnastische Bewegungen machen zu lassen. Die Wöchnerin wird von diesem Tage an angewiesen, die Bauchmuskulatur zu spannen und zu entspannen nach Art des „ägyptischen Bauchtanzes", so daß der Leib in scheinbar drehende Bewegung versetzt wird. Zur Kräftigung des Beckenbodens werden Kontraktionen des Sphincter ani et vulvae früh und abends 1—10mal angeordnet: unter leichtem Heben des Gesäßes, als ob eine Stuhlentleerung unterdrückt werden sollte. Bei dieser Wochenbettbehandlung hat Falk selbst bei 17—20tägiger Bettruhe keine üblen Erfahrungen gemacht. So sehen wir, daß einzelne Autoren aus verschiedenen Gründen eine Änderung der Wochenbettsdiätetik versuchen.

Zu einem ganz radikalen Vorgehen rät Küstner[4]) auf der VIII. Versammlung der deutschen Gesellschaft für Gynaekologie. Nachdem schon im Jahre 1896 Brutzer[5]) aus der Breslauer Klinik über Versuche mit dem Frühaufstehen von Wöchnerinnen berichtet hatte, rät Küstner, nun das Verfahren allgemein durchzuführen. Die Wöchnerin steht am 3.—4. Tage auf, so daß sie am 5., 6. oder 7. Tage schon ihr Kind selbst versorgen kann. Es trete kein Fieber auf, es komme zu einer rascheren Involution des Genitales, die Stuhl- und Blasenentleerung werde erleichtert, es komme infolge der Übung der Körpermuskulatur zur rascheren Kräftigung des Körpers, zur Hebung des Appetites. Gegen dieses Vergehen haben sich Olshausen und Schatz ausgesprochen. Jedoch finden wir, daß Gigli[6]) nach Beobachtung an 1000 Wöchnerinnen zu einem ähnlichen Vorgehen rät, ebenso wie Koetschau[7]), der auf Grund eigener

---

1) Rutherford, The care of lying in women. Amer. Journ. of Obstetr. New-York 1891.

2) H. C. Coe, The care of the bladder before and after labor. The Amer. Journ. of Obstetr.. 1891.

3) Falk, Moderne Fragen der Wocheubettsdiätetik. Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge, 385.

4) Küstner, Zentralbl. f. Gyn., 1898.

5) Brutzer, Beitrag zur Wochenbettsdiätetik. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekologie, Bd. XXXVII.

6) Gigli, L'involuzione dell' utero ed il precoce abbandono del letto del puerperio. La clin. ost., Avrile 1900, Vol. III.

7) Koetschau, Über Bettruhe im Wochenbett. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekologie, Bd. XV.

Beobachtungen die Wöchnerin am 6. Tage das Bett verlassen läßt. Im Jahre 1907 hat sich Krönig (Deutsche med. Wochenschr., 1907) und neuerlich Ed. Martin (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaek., 1908) auf Grund von Beobachtungen an 100 Wöchnerinnen der Charité für dieses Verfahren ausgesprochen.

Es ist begreiflich, daß eine so eingreifende Umwälzung in der Wochenbettbehandlung, wenn sie auch von so berufenen Seiten empfohlen wird, nur langsam Freunde findet. Es ist wohl von vornherein wahrscheinlicher, daß eine Frau etwa am 10. Tage nach der Geburt kräftiger und arbeitsfähiger sein wird, wenn sie schon durch 4 bis 5 Tage, wenigstens auf einige Stunden, das Bett verlassen hatte, als wenn sie unmittelbar nach der ihr gewährten 10tägigen Ruhe ihrer Arbeit nachgehen muß. Trotzdem dürfen wir diese frühere Arbeitsfähigkeit nur dann fördern, wenn wir uns darüber klar sind, daß wir die unserer Pflege anvertrauten Frauen dadurch nicht in ihrer Gesundheit schädigen.

Tatsächlich sprechen unsere theoretischen Erwägungen, wie die praktischen Erfahrungen anderer dafür, diese Wochenbettdiätetik auch unseren Wöchnerinnen gegenüber in Anwendung zu bringen. Die Furcht vor einer Embolie wie diejenige vor uterinen Nachblutungen haben sich beim Frühaufstehen der Wöchnerinnen als hinfällig erwiesen. Unter all den Fällen von Küstner, Krönig und den anderer Autoren findet sich kein derartiger Fall. Was nun die Entstehung einer Retrodeviation anlangt, so glaube ich, daß dieselbe sich erst im Spätwochenbette entwickeln kann, zu einer Zeit, wo ohnehin die meisten Wöchnerinnen, die in Anstalten untergebracht sind, das Bett schon verlassen haben, etwa vom 9.—11. Tage an, wo der Uterus so weit involviert ist, daß er leicht in die Kreuzbeinhöhlung sinken kann. Es erscheint also diesbezüglich gleichgültig, ob wir die Frauen am 3. oder am 9. Tage aufstehen lassen. Eine sehr wichtige Frage ist nun weiters die, ob durch das Frühaufstehen nicht die Entstehung eines Genitalprolapses begünstigt wird. Heute, nach der bahnbrechenden Arbeit von Halban-Tandler über die Entstehung des Prolapses, können wir diese Frage wohl sicher entscheiden. Ein Prolaps kann nur entstehen nach einer stattgehabten Läsion des Beckenbodens, sei es, daß dieselbe traumatischer Natur ist, sei es, daß die Beckenbodenmuskulatur infolge von Atrophie an Stärke eingebüßt hat. Die Läsionen, die zum Prolaps führen können, sind entweder Rupturen, welche die Haut samt dem subkutanen Gewebe und der Muskulatur betreffen, oder aber Rupturen der Beckenbodenmuskulatur allein ohne Verletzung der oberflächlichen Schichten, subkutane Rupturen. Derartige partielle Muskelrupturen sind sicherlich nicht selten, wenn auch der Nachweis derselben in den meisten Fällen unmöglich ist. Daß sie vorkommen, ist zweifellos, konnte ich doch selbst zwei Fälle von subkutaner Ruptur des Sphincter ani, intra partum zustande gekommen, beschreiben.[1]) Ich bin der Meinung, daß diese unserem Nachweise entgehenden Rupturen einzelner Muskelbündel der Beckenbodenmuskulatur sehr häufig eine Prädisposition für das Zustandekommen eines Prolapses in späteren Jahren bilden. Können wir nun durch entsprechend lange Bettruhe das Zustandekommen eines Prolapses auf der Basis von Muskelläsionen hindern? Im ersten Falle, bei den durchgreifenden Rupturen gewiß dadurch, daß wir den Riß lege artis versorgen und die Wöchnerin mindestens bis zur vollständigen Heilung im Bette lassen. Anders bei der zweiten Art, den subkutanen Rupturen. Abgesehen davon, daß uns, wie erwähnt, der Nachweis beinahe immer unmöglich ist, erzielen wir durch die Bettruhe bezüglich einer Restitutio ad integrum

---

[1]) W. Rosenfeld, Subkutane Ruptur des Sphincter ani. Zentralbl. f. Gynaek. 1905.

gar nichts; denn wir müssen annehmen, daß die durchrissenen Muskelfasern sich sofort retrahieren, wobei eine Heilung in der Kontinuität der einzelnen Muskelfaser gleich ausgeschlossen ist, sowohl bei vollkommener Bettruhe, wie beim Frühaufstehen der Wöchnerin. Wir werden also in diesen Fällen für die Heilung des zerrissenen Muskels nichts durch Bettruhe erreichen, andrerseits wird die Inaktivität auf die erhaltenen Muskelbündel nur ungünstig einwirken. Als zweites ätiologisches Moment für den Prolaps haben wir die Atrophie der Beckenbodenmuskulatur anzusehen. Sehen wir doch bei körperlich herabgekommenen Individuen, ebenso wie bei alten Frauen das Zustandekommen eines Prolapses auf Grund dieser Atropie. Erfahrungsgemäß wird durch lange Bettruhe die Körpermuskulatur schwächer und die gymnastischen Übungen, die Falk seine Wöchnerinnen machen läßt, dienen ja nur dem Zwecke, der Inaktivitätsatrophie entgegenzuwirken. Diese gymnastischen Übungen sollen nur die normale Arbeit der Muskeln bei Bewegungen außerhalb des Bettes ersetzen und es erscheint daher sehr wahrscheinlich, daß die Beckenbodenmuskulatur, wenn sie sonst intakt ist, bei Frauen, die früher das Wochenbett verlassen, eher gekräftigt wird, als bei langer Bettruhe.

Da uns durch diese Erwägungen eine später eintretende Schädigung der Wöchnerinnen durch das Frühaufstehen ausgeschlossen schien und eine durch das Frühaufstehen sofort auftretende Gefährdung durch die Erfahrungen anderer auszuschließen war, entschlossen wir uns, diese Wochenbettbehandlung im Kaiserin Elisabeth-Wöchnerinnenheim zu erproben, um so mehr, als die Erfahrung uns gelehrt hatte, daß unsere Wöchnerinnen, wenn sie am 10. oder 11. Tage die Anstalt verlassen, nachdem sie am Tage vorher das Bett verlassen hatten, sich doch noch sehr schwach und matt fühlten. Trotzdem müssen alle, zu Hause angekommen, ihrer häuslichen Arbeit nachgehen. Es war zu hoffen, daß die Frauen sich in einem viel besseren Kräftezustand befinden würden, wenn das Verlassen des Bettes dem Verlassen der Anstalt nicht so unmittelbar vorangehen mußte.

Denn unser Bestreben geht ja nicht nur dahin, den Frauen die möglichst beste Wochenbettpflege angedeihen zu lassen, sondern ebenso danach, sie wieder vollkommen arbeitsfähig ihrer Familie wiederzugeben.

Bisher war unser Verhalten so, daß die Wöchnerin bis zum 9. Tage im Bette gehalten wurde. In den ersten zwei Tagen bei vollkommen ruhiger Rückenlage, vom 3. Tage an durfte die Wöchnerin sich zeitweise auf die Seite legen; das Aufsetzen, sei es während der Mahlzeiten oder zum Stillen, war untersagt. Die Kinderbettchen sind am Fußende des Bettes der Mutter angebracht, so daß die Wöchnerin, ohne das Bett zu verlassen, ihr Kind nicht zu sich nehmen kann. Die Pflegeschwestern haben zu den festgesetzten Zeiten den Müttern die Kinder anzulegen und nach dem Trinken abzunehmen; ebenso besorgen sie die Toilette der Wöchnerin. An jedem Wochenbett ist eine Glocke angebracht, welche die Pflegeschwester jederzeit aus dem Dienstzimmer herbeiruft, soweit sie nicht ohnehin im Wochenbettzimmer weilt. Am 9. Tage verließ die Wöchnerin normalerweise das Bett, am 10. Tage die Anstalt.

Vom 15. Jänner 1908 angefangen ließ ich nun diejenigen Wöchnerinnen, die eine vollkommen normale Geburt durchgemacht hatten, am 3. oder am 4. Tage das Bett für eine Stunde verlassen. Es war dies jedoch nur bei jenen der Fall, die bei spontaner Geburt keine nachweisbare Verletzung erlitten hatten und die in den ersten 3 Tagen keinerlei Abnormität des Pulses und der Temperatur zeigten; weiters durfte am 3. Tage bei der Untersuchung keine abnorme Erschlaffung der Bauchdecken, beim Pressenlassen kein Deszensus der Vaginalwände konstatiert werden. Unter diesen Be-

dingungen verließ die Wöchnerin zwischen 2—3 Uhr nachmittags das Bett. Die Temperatur wurde vor und nach dem Aufstehen gemessen. War keine Temperaturerhöhung zu konstatieren, fühlte sich die Wöchnerin wohl, dann durfte sie auch an den folgenden Tagen das Bett verlassen, und zwar jeden Tag um $^{1}/_{2}$—1 Stunde länger, bis sie am 8. Tage von der Morgenvisite an außer Bett bleiben durfte. Die Wöchnerin verließ die Anstalt nicht früher als diejenigen Frauen, die das Bett während des ganzen Wochenbettes nicht verlassen durften. Irgend eine Arbeit während des Aufseins durften die Frauen nicht leisten, es war ihnen nur gestattet, je nach ihrem Kräftezustand in den Zimmern sich zu bewegen. Dabei waren sie immer unter der Aufsicht der Anstaltsärzte resp. des Pflegepersonales. Die fest anliegende Bauchbinde, die in der Anstalt jede Wöchnerin im Bette trägt, wurde auch während des Aufstehens anbehalten.

Alle Frauen, die eine pathologische Geburt durchgemacht hatten oder die sich besonders schwach fühlten, wie auch die, bei denen irgend eine krankhafte Organveränderung festgestellt werden konnte, wurden auch weiters der gewöhnlichen Behandlung im Wochenbette unterzogen, wie überhaupt auf die Wöchnerinnen keinerlei Zwang ausgeübt wurde; sie durften nach jeweils gegebener Erlaubnis aufstehen, wobei aber immer darauf hingewiesen wurde, sich sofort auch vor der festgesetzten Zeit wieder zu Bett zu begeben, falls sie sich im Bette wohler fühlen sollten.

Von den vom 15. Jänner bis 30. März 1908 entbundenen 160 Frauen konnten 102 am 3.—4. Tage das Bett verlassen. Es waren dies 17 Erst- und 85 Mehrgebärende. Von diesen Frauen zeigte nur eine am 7. Tage des Wochenbettes eine Temperatursteigerung bis 38·2, die auf eine beginnende Mastitis zurückzuführen war. Nach Bierscher Saugbehandlung fiel die Temperatur am nächsten Tag zur Norm und die Frau, die ihr Kind weiter selbst stillte, konnte am 10. Tage gesund die Anstalt verlassen. Es wurde keine Blutung beobachtet, obgleich der Stand des Uterus in vielen Fällen vor dem Aufstehen noch gut handbreit über der Symphyse zu tasten war und obwohl bei den meisten Wöchnerinnen zur Zeit des Aufstehens noch leichter blutiger Wochenfluß zu konstatieren war. Die Involution des Uterus muß durchgehends als eine günstige bezeichnet werden. Der Uterus war am 7. Tage meist kaum noch über der Symphyse zu tasten, am 9. Tage war er von außen nicht mehr zu fühlen. Die in einzelnen Fällen zur Kontrolle ausgeführte bimanuelle Untersuchung zeigte den Uterus in normaler Lage.

Von den übrigen 58 Frauen (24 Erst- und 34 Mehrgebärende) zeigten 6 eine erhöhte Temperatur, davon 4 Fiebersteigerungen bis zu 3 Tagen ohne nachweisliche Ursache, 1 wegen akutem Gelenkrheumatismus, mit dem die Frau schon in die Anstalt kam, 1 Frau fieberte wegen einer Embolie nach Sectio caesarea durch einige Tage.

Ebenso wie die eintägige Fiebersteigerung wegen beginnender Mastitis unter den Frühaufgestandenen nicht dem Frühaufstehen zur Last zu rechnen ist, ebenso sind diese 6 Fiebernden selbstredend nicht auf die lange Bettruhe zurückzuführen. Wir haben unter diesen Fällen, wenn wir keinen Fall von Erhöhung der Temperatur über 37·5 abziehen, eine Gesamtmorbidität von 4·3%. Zur Erklärung dieses so günstigen Resultates möchte ich hervorheben, daß wir es in der allergrößten Mehrzahl unserer Fälle mit Frauen zu tun haben, die außerhalb der Anstalt nicht untersucht worden sind.

Fassen wir nun unsere Ergebnisse zusammen, so müssen wir sagen, daß die primären Resultate beim Frühaufstehen der Wöchnerinnen der vollkommenen Bettruhe mindestens gleichzusetzen sind. Wir konnten keinerlei Schädigung feststellen. Es ergab sich jedoch ein ganz bedeutender Unterschied im Kräftezustand und im Allgemeinbefinden der früh aufgestandenen Wöchnerinnen gegenüber den übrigen. Sie fühlten sich unvergleichlich wohler und kräftiger, sahen viel besser aus und man hatte bei diesen

Frauen die Empfindung, daß man sie ruhig der häuslichen Arbeit nachgehen lassen könne. Und gerade dieser Punkt ist es, der uns diese Wochenbettbehandlung besonders in Anstalten, deren Frauen sich meist aus den Arbeiterklassen rekrutieren, so wünschenswert erscheinen läßt. Die primären Resultate sind außerordentlich günstig; über die sekundären werden wir erst nach einigen Monaten berichten können, wenn die Frauen, die zur Nachuntersuchung in die Anstalt bestellt sind, sich vorgestellt haben werden.

Aus der gynaekologisch - geburtshilflichen Abteilung des Landesspitales in Laibach (Primarius Prof. Dr. Valenta).

Supravaginale Amputation eines 16 Wochen graviden Uterus wegen höchstgradiger Osteomalazie.

Vom Assistenten Dr. **E. Gallatia.**

Im Verlaufe des Jahres 1906/07 hatte ich Gelegenheit, 3 Fälle von Osteomalazie zu beobachten, die so hochgradige Veränderungen darboten, daß die Geburt auf natürlichem Wege ganz ausgeschlossen war. Während jedoch in den beiden ersten Fällen die Gravidität bis zum physiologischen Ende dauerte, war es im letztbeobachteten Falle ganz unmöglich, das Ende der Gravidität abzuwarten, da die Skelettveränderungen und Schwangerschaftsbeschwerden derartige waren, daß die Patientin bis zum normalen Schwangerschaftsende nicht hätte leben können. Interessant ist übrigens die Tatsache, daß zwei von den angeführten Fällen in guten sozialen und hygienischen Verhältnissen lebten, daher man schlechte hygienische Verhältnisse gar nicht als unterstützendes Moment für Entwicklung der Osteomalazie in Betracht ziehen kann. Eigentümlich ist es auch, daß die zur Beobachtung gelangten Fälle sukzessive immer schwerere Veränderungen boten.

Im ersten Falle war nur das Becken besonders im Beckenausgange hochgradig verändert. Entbindung auch des verkleinerten Kindes per vias nat. unmöglich. Daher Totalexstirpation des Uterus. Leider starb die Frau am 5. Tage an Lungenembolie Im zweiten Falle war bereits eine starke Kyphoskoliose entwickelt, doch konnte am rechtzeitigen Ende der Gravidität Sectio caes. und Kastration für Mutter und Kind mit günstigem Erfolge vorgenommen werden. (Siehe Heft XI der Gynaekologischen Rundschau, 1907: Sectio caesarea und Kastration ob Osteomalazie unter Tropakokainanästhesie.)

Nachträglich bemerke ich noch, daß die letzterwähnte Patientin unter Phosphordarreichung ein vollkommen festes Knochengerüst bekam, auch schon in der Anstalt leichte Arbeit verrichten konnte. Eine schriftliche Mitteilung aus der Heimat der Patientin besagt, daß sich sowohl Mutter als auch Kind wohlbefinden.

Die größten Veränderungen, beinahe einzig dastehend, weist jedoch der letzte nun zu besprechende Fall auf; denn die Veränderungen betreffen nicht nur das Becken, sondern auch die Beine, Wirbelsäule und auch die Rippen. Frei blieben nur Kopf und obere Extremitäten, wenn auch Patientin schon über Knochenschmerzen in den Vorderarmen klagte. Gleichzeitig hebe ich hervor, daß gerade der zu besprechende Fall ein klassisches Beispiel darstellt: 1. für den ungünstigen Einfluß der Schwangerschaft auf den osteomalakischen Prozeß und 2. für die erstaunliche Fruchtbarkeit osteomalazischer Frauen.

D. M., 43 Jahre, verheiratet, ist seit dem 16. Jahre menstruiert. Menses regelmäßig. Mit 17 Jahren Erysipel mit starken Ödemen der Beine. Seitdem stets schwere Füße, jedoch keinerlei Verkürzungen und Verkrümmungen. 1887 I. Gravidität, verbunden mit so starken Kreuzschmerzen, daß sie kaum gehen konnte. Wurde mit verschiedenen Medikamenten behandelt. Nach der spontanen Geburt blieb dauernd eine Schwäche im Kreuz und in den Füßen zurück. In den nächsten 5 Jahren jährlich ein Partus. Während jeder Schwangerschaft sind die Schmerzen größer, nach jeder Geburt wird die Patientin kleiner. 1893 wieder gravid, Stamm schon stark in sich zusammengesunken. Querlage. Kind tot. Entbindung in der Gebäranstalt. 1894 neuerdings gravid. Einleitung der künstlichen Frühgeburt in Narkose. Wegen I. Querlage und pulsloser Nabelschnur Wendung auf den Fuß, Extraktion. Kind nicht wiederbelebt, klein. Dauer der Frühgeburt 21 Stunden. Im Jahre 1895 neuerliche Gravidität. Entbindung zu Hause durch zwei Ärzte. Querlage, Wendung, Extraktion. Kind tot. Von da ab verließ Patientin durch volle 3 Jahre nicht das Bett und wurde während der ganzen Zeit mit Phosphorlebertran behandelt. Die im Bette eingenommene Lage erklärt auch die jetzt vorhandene Verkrümmung. Patientin pflegte im Bette viel zu lesen, und zwar mit durch Polster unterstütztem Rücken, so daß sie ganz vornübergeneigt saß. Daher stammt die ungemein starke Kyphose, infolge deren die Rippenbögen auf den Darmbeinkämmen reiten bzw. sie rechts überdachen. Dazu pflegte sich Patientin mehr auf den rechten Arm zu stützen, so daß durch die ungleichmäßige Belastung auch noch eine Skoliose entstand: rechts konvex in der Brustwirbelsäule, links konvex in der Lendenwirbelsäule.

Nach 3 Jahren erholte sich Patientin soweit, daß sie gehen lernen konnte und schließlich auch leichte Arbeit verrichtete. Die folgenden 7 Jahre völlige geschlechtliche Abstinenz. Menses jedoch bis jetzt stets regelmäßig. In der Meinung, mit 43 Jahren in die Menopause getreten bzw. gegen nochmalige Konzeption gefeit zu sein, gestattete Patientin wieder den Koitus — und wurde — gravid!

Jetziger Aufnahmsbefund:

Letzte Menses 2. April 1907. Seitdem Allgemeinbefinden immer schlechter. Schmerzen im Becken und Kreuz enorm, so daß die Frau gänzlich arbeitsunfähig ist. Gehen nur mit Mühe und durch Anhalten an Gegenständen möglich. Füße können hierbei infolge Kontraktur der Adduktoren (auch in Tropakokainanästhesie bestehend) nicht gespreizt werden, sondern rutschen nur parallel aneinander vorbei. Bemerkenswert ist es, daß der Gatte der Patientin während der Gravidität der Frau eine frische Gonorrhöe akquirierte, so daß eine Infektion der Frau nicht ausgeschlossen war, wofür auch die vaginale Untersuchung sprach. Äußere Untersuchung ergibt: Länge 126 gegen 168 *cm* vor der I. Gravidität; somit 42 *cm* Verkürzung! Kyphoskoliose höchsten Grades, so daß Patientin in der Lendenwirbelsäule beinahe abgeknickt erscheint. Von vorn betrachtet ist das Brustbein ebenfalls geknickt, der Thorax in der unteren Appertur stark erweitert, da der rechte Rippenbogen den rechten Darmbeinkamm überdacht, so daß die Distanz zwischen Rippenbogen und Darmbeinkamm negativ ist. Links beträgt die Entfernung vom Rippenbogen bis zur Spina ant. sup. sin. $3^1/_2$ *cm*, die Entfernung vom Schwertfortsatze bis zum Schnabel $5^1/_2$ *cm* nach der Operation! Brustumfang in der Achselhöhle 76 *cm*, am Rippenbogen 80 *cm*, Hüftumfang 76 *cm*. Spina ant. sup. d. 2 *cm* höher als sin. Länge des rechten Beines 80 *cm*; des linken $82^1/_2$. Knochen des Beckens starr!! Die äußere Untersuchung ergibt weiters: Hochstand des Zwerchfells, Verlagerung des Herzens. Orthopnoe. Patientin kann nur sitzend und nicht ausgiebig schlafen. Hängebauch. Bauchhaut in zwei breite Falten gelegt. Uterus entsprechend einer 16wöchentlichen Gravidität, Fundus jedoch bereits unter dem Schwertfortsatze. Beckenmaße. Dist. sp. $18^1/_2$ *cm*. D. cr. 26, D. Tr. $34^1/_2$ C. e = 18 *cm* (Schnabel!) C. d. (soweit geburtshilflich brauchbar 6 *cm*. Querdurchmesser des Beckenausganges $1^1/_2$ *cm*, so daß man nicht einmal ein schmales Vaginalspekulum einführen konnte, da noch dazu die Steißbeinspitze dem Schnabelansatze stark genähert war. Schnabellänge $3^1/_2$ *cm*. Vagina leicht gerötet, schleimigeitriger Ausfluß. Portio am Beckeneingange tastbar. Orificium geschlossen. Urethra im Schnabel verlaufend, gezerrt, daher starke Harnbeschwerden.

Während der einwöchentlichen Beobachtung wurden die Beschwerden immer stärker, besonders nahm die Orthopnoe gewaltig zu, so daß Patientin zeitweise ganz cyanotisch wurde. Diese Orthopnoe infolge Verlagerung der Brusteingeweide bei einer Schwangerschaft von nur 16 Wochen ließ ausgeschlossen erscheinen, solange zuzuwarten, bis der Fötus lebensfähig würde, um dann die Sectio caesarea mit gleichzeitiger Kastration vorzunehmen. Am nächstliegendsten wäre es gewesen, zuerst den Abortus einzuleiten und dann die Patientin zu kastrieren. Dagegen sprachen jedoch gewichtige Bedenken: 1. die hochgradige Beckenenge, besonders im Beckenausgange, die auch nach wiederholten Versuchen die Einstellung der 2. hoch hinaufgezogenen Portio nicht gestattete. Gesetzt den Fall, die Einleitung wäre möglich gewesen, so hatte ich im Falle einer Blutung keine Möglichkeit, den Abortus manuell oder instrumentell zu beendigen, da mir das Becken keinen Spielraum für die nötigen Bewegungen bot. Selbstredend wäre auch die Blutstillung eine enorm erschwerte, wenn nicht unmögliche gewesen. 3. Bot auch die Kontrolle des Uterusfundus große Schwierigkeiten, da die Kontraktur der Adduktoren den Durchtritt der kontrollierenden Hand nicht gestattete. 4. Schreckte mich der eitrig-schleimige Ausfluß vor einem Eingriff von der Vagina aus ab, denn bei der Unmöglichkeit, diese Scheide gründlich zu reinigen, war es sehr leicht möglich, das Uteruskavum zu infizieren, die Folgen einer solchen Infektion für die Frau selbst nicht zu übersehen. Ich entschloß mich daher zunächst, die Totalexstirpation des graviden Uterus auszuführen, wenn es jedoch die Beckenverhältnisse nicht erlauben sollten, die supravaginale Amputation mit retroperitonealer Stielversorgung vorzunehmen. Als Vorbereitung zur Operation machte ich nur leicht desinfizierende Scheidenspülungen mittelst ausgekochten Scheidenrohres, da andere voluminösere Instrumente überhaupt nicht verwendbar waren.

Die Operation selbst gestaltete sich folgendermaßen:

13. August 1907. $^1/_2$ Stunde vor dem Waschen 0·01 Morphium subkutan. Tropakokain 0·08. Einstich in den Wirbelkanal gelingt trotz der starken Kyphoskoliose sehr leicht. Dauer der Anästhesie $1^1/_4$ Stunde. Bauchnaht in Narkose. Hierbei etwas Cyanose. Aber weder Tropakokain noch die Narkose hatten einen Nachteil für die Patientin, weder Brechreiz noch Kopfschmerz noch Pulsbeschleunigung. Medianschnitt bis an den Nabel durch Haut- und Unterhautzellgewebe schwierig, trotz Ergotininjektion starke Blutung. Sorgfältigste Blutstillung. Trennung von Faszie, Muskel und Peritoneum ohne nennenswerte Blutung. Vorwälzen des graviden, an der Oberfläche von breiten Gefäßen überzogenen Uterus. Adrenalininjektion in den Uterus (1 : 10.000). Weiteres Operieren beinahe in Blutleere. Zunächst doppelte Ligatur der Lig. lata samt Uterina beiderseits. Sodann Bildung eines vorderen und hinteren Peritoneallappens. Abtrennung der hoch hinaufgezogenen Blase. Herunterschieben. Anlegen von Kocherschen starken Péans an die Zervix. Abtragen des Uterus. Es blieb nur ein ca. $1^1/_2$ *cm* langer Stumpf zurück. Ausbrennen des Zervikalkanales mit dem Paquelin. Muskelnaht des Stumpfes. Seroseröse Naht. Bisher ging es rasch. Hingegen bot die Versorgung der Adnexstümpfe bzw. ihre peritoneale Überernährung und Vereinigung mit dem Uterusstumpfe infolge der Knochenveränderungen besonders rechts, wo die Rippen den Zugang zum Becken verstellten, große Schwierigkeiten, die jedoch noch in Tropakokainanästhesie bis auf einige Nähte bewältigt werden konnten. Bauchetagennaht sehr sorgfältig, doch infolge der ziehharmonikaähnlichen Fältung der Bauchwand zeitraubend. Ich erlaube mir nun auch zu bemerken, daß ich von einer Totalis wegen der ohnehin schwierigen Stumpfversorgung absah.

Den Verlauf nach der Operation kann ich als vorzüglich bezeichnen. Keine Schmerzen, keine Temperatursteigerung, kein eingenommener Kopf, am 2. Tage bereits guter Appetit. Atmung gleich nach der Operation freier. Patientin konnte liegend schlafen. Schlaf bis auf einige Tage vor dem Aufstehen ungestört. Nur ein guldengroßer Dekubitus an der stärkst kyphotischen Stelle der Wirbelsäule beeinträchtigte die Frau zeitweise in ihrem Wohlbefinden, heilte jedoch rasch unter Perubalsam, nach unserer Erfahrung ein bewährtes Mittel bei Dekubitus. Gleichzeitig bekam auch die Patientin Phosphorpillen. Bemerkenswert erscheint das Verhalten der Blase und Urethra. Am 1. Tage Urinieren noch schwer, vom 2. Tage an leicht, jedenfalls infolge der Rückkehr der Blase ins kleine Becken und Aufhören der Zerrung

an der Urethra. Der schleimig-eitrige Ausfluß aus der Vagina verlor sich während der Bettruhe der Patientin beinahe gänzlich.

Um noch einmal auf das in der Schwangerschaft so beunruhigende Symptom der Orthopnoe zurückzukommen, so bemerke ich, daß die Entlastung der Brustorgane sofort nach der Operation ihre wohltätige Wirkung zeigte, denn die Atmung wurde ruhig — Puls von Tag zu Tag langsamer. Patientin klagte denn auch während des Bettaufenthaltes niemals über Atembeschwerden. Objektiv war die Besserung auch nachweisbar, indem die Lunge sich wieder ausdehnte und auch das Herz aus seiner Verlagerung in eine bessere Lage zurückkehrte. Am 14. Tage nach der Operation ließ ich die Frau aufstehen, die Frau vertrug das Gehen ganz gut und ohne Atembeschwerden. Das Knochengerüst selbst hart, bereitete der Patientin keine Beschwerden. Die einzige Behinderung bot nur die Kontraktur der Adduktoren, die wohl der Patientin stets bleiben wird. Unangenehm empfand ferner die Frau den Druck der Rippen auf die Darmbeinkämme und das Herabdrücken der im Bauchwandsacke liegenden Därme. Durch eine entsprechend gearbeitete, gut gepolsterte Bauchbinde konnten jedoch auch diese Beschwerden behoben werden. Bis 14. September 1907 hatte sich Patientin nun derart gut erholt, daß sie ohne Hilfe Treppen steigen, kleine Arbeiten verrichten konnte. Stärkere Dyspnoe nur bei intensiver Arbeit. Auch das Körpergewicht war gestiegen und das bei der Aufnahme völlig fehlende Fettpolster zeigte an prädisponierten Stellen leichten Ansatz. Der Entlassungsbefund ergab hinsichtlich des Skelettes die schon oben angeführten Veränderungen, die vaginale Untersuchung ergab weiters kleinen Portiostumpf, in den Parametrien kein Exsudat. Bauchnarbe fest und derb.

Es erübrigt nur noch, das durch Laparotomie gewonnene Präparat zu besprechen. Sofort nach der Laparotomie ließ ich den Uterus uneröffnet in Alkohol legen. Natürlich war der Uterus und die beiden breiten, teilweise zystisch degenerierten Ovarien etwas geschrumpft. Eröffnung des Uterus an der Vorderseite wie gewöhnlich. Zervix in der Länge von 1 *cm* erhalten. O. int. geschlossen, darüber glatt hinweggehend der untere Pol der Eiblase. Durch die vollkommen erhaltenen Eihäute sieht man den Fötus in I. Kopflage. Plazenta an der Hinterfläche des Uteruskavums und bis zum rechten Rand reichend.

Auf einen Punkt muß ich noch hinweisen, auf den Unterschied im Verlaufe der Graviditäten (inklusive der vorletzten) und der letzten. Während in den erstgenannten Fällen die Geburten trotz falscher Lagen schließlich doch per vias naturales beendigt werden konnten, war dies im letzteren Falle trotz des noch frühen Stadiums der Gravidität unmöglich. Die Ursache liegt klar zutage: denn bis zur vorletzten Gravidität war der osteomalazische Prozeß im steten Fortschreiten begriffen, die Knochen weich, so daß sie trotz der starken Beckenveränderungen dem kindlichen Körper und Kopfe nachgeben konnten. Nach der vorletzten Gravidität kam nun das dreijährige Krankenlager — die schlechte Bettlage hatte zunächst die Difformitäten gesteigert —, der gereichte Phosphor und die durch 10 Jahre fehlende Gravidität hatten die Difformität fixiert und den Knochen gefestigt. Die nun nach zehnjähriger Pause eingetretene Gravidität hatte allerdings den osteomalazischen Prozeß zum Aufflackern gebracht; allein von einer fühlbaren Knochenerweichung war bisher gar keine Rede, daher auch die bestehenden Difformitäten auf den Verlauf dieser Schwangerschaft einen so tief einschneidenden Einfluß nahmen.

Ich erlaube mir nun noch einige allgemeine Bemerkungen und Beobachtungen über die Osteomalazie in Krain hinzuzufügen. Was die Häufigkeit der Osteomalazie anlangt, so ist sie in Krain wie sonst überall eine verhältnismäßig seltene Erscheinung. Ich fand im Verlaufe eines Jahrzehntes (1897—1907) nur 8 Fälle unter 2483 klinischen Geburten = 0·322%.

Die Krankheitsdauer schwankte bei 3 Frauen zwischen 5 Monaten und 1 Jahre. Bei den übrigen 5 betrug sie 4—19 Jahre im letztbeschriebenen Falle.

Die Art der Entbindung war in diesen 8 Fällen folgende:

1mal Kopflage, kleines Kind, Spontangeburt. Kind lebend.

4mal Sectio caesarea mit Kastration. Kinder lebend.

1mal Sectio caesarea, Porro. Kind lebend.

1mal Totalexstirpation des Uterus samt totfauler Frucht.

1mal supravaginale Amputation des 4 Monate graviden Uterus.

Es war somit nur in einem Falle Entbindung per vias naturales möglich; in 7 Fällen mußte zur Laparotomie gegriffen werden. Erzielt wurden 6 lebende Kinder; in einem Falle war das Kind bereits totfaul; im letztbeschriebenen war der Fötus 4 Monate alt, daher nicht lebensfähig. Von den Frauen genasen 7 = 87·5%, nur eine starb, jedoch nicht an den Folgen der Operation bzw. der dabei möglichen Infektion (Kind totfaul, große Dekubitusgeschwüre am Scheideneingange), sondern an Pulmonalembolie am 5. Tage.

Wie anderwärts, so waren auch hier die Mehrgebärenden an Osteomalazie erkrankt und ist die Fruchtbarkeit staunenswert: nur eine der Frauen war IV-para, sämtliche anderen VI—XV-parae. Durchschnittlich entfallen auf jede Patientin 7·75 Graviditäten. Daß die Osteomalazie geradezu zur Konzeption eine Disposition schafft, war in 3 Fällen besonders deutlich nachweisbar, gleichzeitig jedoch auch der ungemein nachteilige Einfluß der Gravidität auf den osteomalazischen Prozeß.

Zu berücksichtigen wären noch die hygiënischen und sozialen Verhältnisse der von Osteomalazie betroffenen Frauen sowie die Lage der Wohnungen, Klima, Bodenbeschaffenheit. Wie bereits erwähnt, befanden sich 2 Frauen in hygienisch und sozial guten Verhältnissen. Auch ihre Wohnungen waren einwandfrei und lagen nicht in einer Gegend, in der Osteomalazie öfters beobachtet wurde. Als eine solche Gegend kann das Tal von Kropp gelten, aus dem auch mehrere unserer Fälle stammen. Bemerkenswert ist es, daß die Bewohner dieses Tales durch schwere Arbeit ihr Brot verdienen (Hufnagelschmiede). Alle übrigen 6 Fälle befanden sich in mehr minder desolaten Verhältnissen, so daß diese jedenfalls ein bedeutendes unterstützendes Moment bei der Entwicklung der Osteomalazie bildeten. Hinweisen möchte ich hierbei auf die einförmige Kost, die den letztgenannten Frauen zur Verfügung stand: Kartoffel und Mehlspeisen, welche jedenfalls nicht genügend ausgenützt werden können und die durch den Krankheitsprozeß an und für sich geschwächten Frauen vollends entkräftet. Daher erholten sich auch sämtliche Frauen nach der Geburt bei gemischter, besserer Kost außerordentlich rasch und verließen die Anstalt innerhalb 4—6 Wochen mit erheblicher Gewichtszunahme, die man nach so kurzer Zeit jedenfalls bei den operierten Fällen nicht auf Bedeutung der Kastration setzen kann.

Ist die Uterusperforation bei der Abortusbehandlung zu vermeiden?

Von Dr. **Emil Ekstein**-Teplitz.

Ein Vortrag R. v. Brauns „über Uterusperforation" in der geburtshilflich-gynaekologischen Gesellschaft in Wien am 18 Dezember 1906[1]) und anschließende Diskussion [2])

[1]) Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 39.

[2]) Ibid., 1907, Nr. 47.

haben die Therapie des Abortus wieder einmal in den Vordergrund der Diskussion gestellt. Die Gefahr der Uterusperforation spukt lange schon gleich einem Schreckgespenst in der Geburtshilfe und Gynaekologie und eine große Zahl von geradezu schauderhaften Zufällen, die man eigentlich gar nicht mehr Zufälle sensu strictiori bezeichnen kann, hat die Literatur bereits zu verzeichnen, wo mit Curette und Polypenzange bei der Abortusbehandlung Uterusperforationen mit all den bekannten Konsequenzen zustande gebracht wurden.

Es hat dementsprechend nicht an Stimmen gefehlt, die „weg mit der Curette!" energisch forderten; ebenso wurde der Polypenzange von vielen Seiten der Krieg erklärt.

Bis heute herrscht leider immer noch keine vollständige Klärung in der Behandlung des Abortus, und die instrumentelle radikale Behandlungsmethode ringt mit der digitalen resp. abwartenden Behandlungsmethode um den Vorrang.

Und gerade die Uterusperforation bzw. die Gefahr dieser Uterusperforation wird bei der Beurteilung beider Behandlungsmethoden zuungunsten der radikalen Behandlungsmethode in die Wagschale gelegt, trotzdem auch bei der digitalen Methode dieselbe sich ereignete. Wer sich mit der Therapie des Abortus eingehend jahrelang schon beschäftigt hat, durch Jahre Gelegenheit hatte, Hunderte von Abortusfällen ohne üblen Zwischenfall radikal zu behandeln, muß sich unwillkürlich die Frage vorlegen: ist die Uterusperforation bei Abortusbehandlung zu vermeiden? Darauf kann ich aus meiner langjährigen Erfahrung nur sagen: ja! die Uterusperforation ist zu vermeiden!

Mein verstorbener Lehrer und Chef weil. Hofrat Gussenbauer pflegte bei üblen Narkosezufällen während einer Operation stets zu sagen: wer sich mit solchen Dingen befaßt, muß auf solche Zufälle gefaßt sein. Wer an die Möglichkeit einer Uterusperforation bei Abortusbehandlung stets denkt, wird so vorgehen, daß er sie vermeidet. und wenn sie sich ereignet, dieselbe erkennen und bei seinem weiteren Vorgehen nicht den Kopf verlieren. Ein Unvernünftiger, ein seiner Vernunft nicht Mächtiger wird mit jedem Instrument Unheil zu stiften vermögen.

Wenn man auf der Würzburger Tagung der deutschen gynaekologischen Gesellschaft gesehen hat, daß ein Arzt bei einer manuellen Plazentalösung nach unerkannter zirkulärer Uterusruptur statt der Plazenta den ganzen Uterus inklusive Plazenta manuell entfernte, so kann doch füglich behauptet werden, daß eine Perforation des Uterus mittelst Curette diesem Kunstfehler gegenüber nur wenig bedeutet, etwas mehr jedoch schon, wenn, wie dies ja häufig schon geschah, mittelst Polypenzange nicht nur der Uterus perforiert, sondern noch obendrein meterlange Darmstücke für Eihaut oder Secundinaereste gehalten, durch den Uterus hindurch entfernt werden.

Auf Grund dieser ziemlich zahlreichen bösen Zufälle bei der Abortusbehandlung verlor das Thema Abortusbehandlung bereits viel von seiner Trivialität, der sie sich gerade bei den Klinikern so lange Zeit hindurch sehr mit Unrecht erfreute. Die Zeit liegt noch gar nicht so weit zurück, wo, wie eigentlich gar nicht so unnatürlich, der Student während des einen klinischen Semesters Geburtshilfe eine Abortusbehandlung gar nicht zu Gesicht bekam, geschweige denn selbst einmal Gelegenheit erhielt, eine solche Behandlung durchzuführen. Und gerade die Abortusbehandlung bildet sozusagen das tägliche Brot des praktischen Arztes. Man kann sich auf diese Weise wohl leicht einen Begriff machen, wie es bei diesem in dieser Beziehung ungeschulten Material an praktischen Ärzten mit der Abortusbehandlung bestellt war und vielleicht jetzt noch bestellt ist.

Es ist wohl ganz am Platze, bei dieser Gelegenheit einen bekannten Ausspruch der Frau Adams-Walther den Klinikern, insbesonders aber den maßgebenden Staatsbehörden ins Gedächtnis zu rufen:

„Ihr führt ins Leben sie hinein,
Ihr laßt die Armen schuldig werden,
Dann überlaßt ihr sie der Pein,
Denn alle Schuld rächt sich auf Erden.“

Ist es eine bekannte Tatsache, daß im allgemeinen die geburtshilfliche Klinik zeigt, wie es sein soll, und die geburtshilfliche Poliklinik die Geburtshilfe kennen lehrt, wie es eigentlich ist, so erfordert die praktische Geburtshilfe im allgemeinen sowie speziell eine exakte Kenntnis der Abortusbehandlung gerade die Poliklinik. Leider besitzen wir in Österreich immer noch keine geburtshilfliche Poliklinik der Universitätskliniken und Hebammenlehranstalten mit ihrer so segensreichen Wirkung für die Studierenden und Ärzte sowohl als für die Hebammenschülerinnen.

In dieser Unterlassung liegt wohl mit ein Hauptgrund der zahlreichen Mißstände in der geburtshilflichen Praxis im allgemeinen, der Abortusbehandlung im speziellen.

Die Anwendung und Handhabung der Curette und Polypenzange müssen unter allen Umständen ebenso auf der Schule bereits gelehrt und geübt werden, wie beispielsweise die Anwendung des Forzeps.

Der Arzt, der in die Praxis tritt, muß mit diesen Instrumenten vollkommen vertraut sein, dann wird ein gewalttätiges und rohes Manipulieren sowie jedes unzeitige, indikationslose Vorgehen immer mehr zu den Seltenheiten gehören. In meiner Monographie: „Die Therapie bei Abortus“ [1]), die sich mit dem Thema der Uterusperforation ebenfalls ausführlich befaßt, R. v. Braun aber unbekannt geblieben zu sein scheint, habe ich an der Hand meiner eigenen Erfahrung und der durch eine Sammelforschung gewonnenen einer Reihe von Autoren lediglich für den ärztlichen Praktiker eine Behandlungsweise des Abortus angegeben, die wohl, in allen Teilen befolgt, eine Uterusperforation mit Bestimmtheit ausschließen läßt.

Indem ich mich auf diese Arbeit berufe, ist es überflüssig, die ganze Technik dieser Behandlungsweise detailliert zu schildern und obliegt es mir, nur einige Punkte hervorzuheben, die für die Uterusperforation hier noch in Betracht kommen und in meiner Arbeit vielleicht nicht ganz ausdrücklich hervorgehoben wurden und von R. v. Braun sowie auch in der erwähnten Diskussion über dieses Thema nicht die gebührende Erwähnung fanden.

Es war weiland Sänger, der stereotyp geradezu darauf hinwies, nicht planlos mit der Curette oder Polypenzange im Uterus herumzumanipulieren, sondern stets für dieses instrumentelle Eingreifen Fingerdurchgängigkeit der Zervix verlangte. Was mit Curette oder Polypenzange entfernt werden soll, muß vorerst mit dem Finger nachzuweisen sein und daher Curette und Polypenzange stets unter Fingerkontrolle arbeiten.

Diese Fingerdurchgängigkeit zu erreichen, setzt aber oft einen Eingriff voraus, der bei voraussetzungslosem Vorgehen wiederum eine Uterusperforation zur Folge haben kann.

Welche Methode dieser Dilatation der Zervix gewählt werden soll, ist nicht gleichgültig. Digitale und instrumentelle Dilatation haben, wie dies R. v. Braun und Hofrat Chrobak dartun, Uterusperforation schon zur Folge gehabt. Grundprinzip bleibt, die Dilatation lege artis zu machen, d. h. die Patientin muß richtig gelagert sein, der

[1]) Verlag von Ferdinand Enke, Stuttgart 1901.

Uterus unter Assistenz und stets nur unter Assistenz durch ein hinteres Spatel freigelegt, mittelst Kugelzange stets sanft heruntergezogen und damit stabilisiert, immobilisiert, die Länge des Uterus mittelst Sonde vorsichtig gemessen werden.

Ist dies geschehen, dann kann die Tamponade des Uterus und der Zervix mittelst breiten oder runden Tamponierstabes nach Asch wiederum vorsichtig mit einem 5 *cm* breiten Jodoformgazestreifen ausgeführt werden.

Nachdem gerade bei Abortus eine Rapiddilatation niemals nötig ist, so muß die in geschilderter Weise ausgeführte Tamponade des Uterus als das schonendste, schmerzloseste, die Perforation sicher vermeidende Dilatationsverfahren bezeichnet werden.

Nach 24—36 Stunden währender Tamponade ist Zervix und Uterus stets fingerdurchgängig und die instrumentelle Ausräumung des Uterus kann dann unter Kontrolle des Fingers selbstredend nur unter Assistenz in Lagerung der Patientin, Stabilisierung des Uterus, wie schon beschrieben wurde, ausgeführt werden.

Narkose ist weder für die Intrauterintamponade noch für die digitale oder instrumentelle Ausräumung des Uterus nötig und auch absolut nicht zu empfehlen.

Genanntes Verfahren richtig ausgeführt, ist nicht mit größeren Schmerzen verbunden und eine Anästhesie der Pat. gerade wegen einer unbewußten Uterusperforation direkt kontraindiziert; in dieser Beziehung kann ich R. v. Braun, der dem Praktiker die Narkose empfiehlt, nicht beistimmen.

Die Intrauterintamponade nicht vollständig bis ad fundum uteri ausgeführt, wird die erwünschte Fingerdurchgängigkeit der Zervix nicht bewirken, indem gerade der auch den Uterusfundus exakt ausfüllende Gazetampon durch direkte Wehenerregung zur Eröffnung und Dilatation der Zervix führt.

Einen besonderen Wert lege ich darauf, daß bei der Abortusbehandlung kein intrauteriner Eingriff ohne Assistenz gemacht wird und die Narkose womöglich stets vermieden wird.

Bei fingerdurchgängiger Zervix sind stets nur große Nummern der Olshausenschen stumpfen Schleifencuretten zu verwenden, ferner die stumpfe Martinsche Curette und die Martinsche Polypenzange, wie sie Orthmann in seiner gynaekologischen Operationslehre abgebildet hat. Alle Curetten, die dem chirurgischen scharfen Löffel ähneln, ob halbkugelförmig oder ellipsenförmig, ob scharf oder stumpf, sind zu verwerfen, desgleichen Polypenzangen mit scharfkantigen Branchen und alle Instrumente, die eine Assistenz ersetzen sollen. Der puerperale Uterus, ob nach Geburt oder Abortus, erfordert zwecks instrumenteller Behandlung gerade wegen seiner Weichheit und leichten Brüchigkeit eine ganz besondere Aufmerksamkeit in jeder Beziehung und eine strikte Einhaltung der Indikationen für dieses Verfahren, um die Uterusperforation zu vermeiden. In meiner Monographie habe ich über die Indikationen dieses Verfahrens ausführlich gesprochen; hängt doch gerade vom instrumentellen Verfahren bei Abortus die rasche Restitutio ad integrum unserer Schutzbefohlenen oft ab.

Die Uterusperforation mittelst Curette und Polypenzange bei der Abortusbehandlung wird demnach wohl mit Bestimmtheit zu vermeiden sein, wenn kurz gesagt, lege artis vorgegangen wird und die Behandlung des Abortus unter den geburtshilflichen Eingriffen nicht mehr als quantité négligeable behandelt werden wird.

In dieser Beziehung heißt es auf der Schule schon das Verfahren bei Abortus endlich einmal zu einem typischen gestalten und dementsprechend zu üben, den Praktikern aber durch Vorträge und Kurse dieses Verfahren beizubringen. Es muß als eine Gewissenssache betrachtet werden, daß jedem Praktiker, der eben einen Abortus behandeln will und muß, auch die klinisch erprobte und empfohlene Methode in Fleisch und

Blut übergegangen ist, wie dies ja bei den anderen geburtshilflichen Eingriffen der Fall ist.

Entsprechend den verschiedenen Stadien des Abortus weist diese Methode genau verschiedene Vorschriften auf, die eben immer erfüllt werden können, präzise gelehrt und gekannt sein müssen.

Die Indikationsstellung sowie die ganze Diagnostik bei Abortus können aber nur in der Poliklinik gelehrt und gelernt werden, da der Klinik selbst nur ein kleiner Bruchteil der Fälle zur Verfügung stehen.

Der Vortrag R. v. Brauns sowie die ganze Diskussion über das Thema Uterusperforation müßten in den breiten Ärzteschichten promulgiert werden, um ein „die Hand weg" von Dingen, denen man nicht voll und ganz gewachsen ist, einer großen Reihe von Praktikern aus zweierlei Gründen vor Augen zu halten, erstens, um keinen Schaden anzurichten, zweitens aber, um nicht mit den Gerichten in Kollision zu kommen, was meist einer Vernichtung der ärztlichen Existenz gleichkommt.

Bücherbesprechungen.

F. Schauta, Die erweiterte vaginale Totalexstirpation des Uterus bei Kollumkarzinom. Mit 6 Abbildungen im Texte und 5 chromolithographischen Tafeln. Wien und Leipzig, Verlag von Josef Šafář, 1908.

Auf Grund der an 258 Fällen aus der Zeit vom Juni 1901 bis Juni 1907 gewonnenen Erfahrungen legt Schauta im vorliegenden Werk seine Anschauungen über die Leistungsfähigkeit der von ihm wesentlich technisch vervollkommneten „erweiterten vaginalen Totalexstirpation" dar.

Trotz verschärften Wundschutzes, trotz Zuhilfenahme des Faszienquerschnittes ist die Laparotomie beim Uteruskarzinom gefährlicher als die vaginale Köliotomie wegen der leicht möglichen Infektion des Bauchfells; der Wert der Drüsenentfernung hat sich als fraglich erwiesen, die durch die Drüsensuche enorm verlängerte Narkosedauer vermehrt die Gefahr. Daraus schloß Schauta logischerweise, daß die technische Ausgestaltung der vaginalen Operationsmethode ihn dem Ziele, der Verbesserung der Dauerresultate, näher bringen müsse. Und dieses Streben war auch, wie aus dem Werke klar hervorgeht, unzweifelhaft von bedeutendem Erfolge gekrönt.

Es ist dies um so höher anzusetzen, als nach der bekannten Begeisterungsflut für die erweiterte Abdominaloperation von einzelnen Autoren die vaginale als bankerott erklärt wurde, und die Gefahr drohte, daß die — wie sich aus Schautas Arbeit erweist, doch sehr segensreiche — vaginale Technik vollkommen vernachlässigt würde.

Die von Schauta geübte Technik ist die folgende: Operateur, Assistenten und Schwestern tragen Gummihandschuhe. Mit einem eigenen Instrumentarium wird das Karzinom exkochleiert und verschorft. Die Wundhöhle wird tamponiert, Instrumente und Handschuhe werden gewechselt, Vulva und Vagina nochmals desinfiziert. Sodann folgt die eigentliche Operation. Man umschneidet die Vagina in leichten Fällen zwischen mittlerem und oberem Drittel, in schweren Fällen in der Mitte oder noch tiefer. 6—8 Kugelzangen markieren zirkulär die Gegend der Durchtrennung, distal von denselben wird ringsum inzidiert, die Scheidenränder werden sodann stumpf nach oben bis auf 2—3 *cm* abgelöst. Dicke Seidennähte schließen die Manschette und es wird hierdurch der tamponierte Krater von dem nunmehr zu eröffnenden Operationsfeld sicher abgeschlossen. Die Fäden, welche die Manschette schließen, bleiben lang, werden zusammengeknotet und dienen als Zügel für den Uterus. Neuerliches Wechseln der Handschuhe und Auskochen der Instrumente leitet die folgende, aseptische Operation ein. Fünf vorzüglich entworfene, die wichtigsten Phasen der weiteren Operation darstellende, mehrfärbige Tafeln erleichtern das Verständnis der beschriebenen Technik.

Besonders hervorgehoben sei die klare Darstellung der uns interessierenden topographischen Anatomie, zumal jene des Ureters und der Uterina.

Der erste Akt der aseptischen Operation besteht in der Ablösung der Blase. Dieselbe erfolgt vor Anlegung des Schuchardtschen Scheidendammschnittes, was seinen Grund darin hat, daß bei Eintritt unerwarteter Momente die Operation abgebrochen werden kann, ehe die große Wunde des Paravaginalschnittes gesetzt ist. Hat das Karzinom jedoch bloß in geringem Grade auf die Blase übergegriffen, so kann man Stücke der Muskularis, ja selbst der Schleimhaut resezieren. Nachdem die Blase bis zu einer gewissen Höhe präpariert ist, folgt der Scheidendammschnitt genau nach Schuchardts Angaben, nur wird die Ligatur blutender Gefäße sofort besorgt und mittelst des selbsthaltenden Spekulums nach Spiegel der Rest der Flächenblutung beherrscht.

Der wichtigste Akt der Operation ist die nun folgende Präparation der Ureteren. Die Blase wird weiter abgelöst, sowohl in der Medianlinie als auch seitlich; lateral von der Zervix, ungefähr in der Höhe des inneren Muttermundes trifft man den Ureter. Bei weichem Parametrium — den seltenen Fällen — verschiebt sich gleichzeitig mit der Emporschiebung der Blasenzipfel auch der Harnleiter nach aufwärts. Bei starrem, infiltriertem Parametrium — und dieses ist der weitaus häufigere Befund — bleibt der Ureter auch nach Emporschiebung des Blasenzipfels in Form einer Schleife in Verbindung mit dem Parametrium sichtbar. Teils stumpf, teils scharf wird nun der Ureter aus seiner Beziehung zum Parametrium befreit, ist er von Krebs durchwachsen, wird er reseziert. Ist er präpariert, so wird er zugleich mit der Blase nach aufwärts gehalten. Die Uterina wird an ihrer Ureterkreuzung so hoch als möglich ligiert.

Die Eröffnung des Douglas erfolgt in typischer Weise. Sodann schreitet man an die Ausschneidung der Parametrien in möglichst breiter Ausdehnung. Die Verbindung mit dem Rektum wird durch einen Scherenschlag gelöst, wobei die Arteria haemorrhoidalis media versorgt werden muß, sodann mit einigen Scherenschlägen der Rest von der seitlichen Beckenwand abgetrennt. Die hierbei entstehende venöse Flächenblutung wird durch Tamponade gestillt und sogleich das andere Parametrium in gleicher Weise exzidiert. Die Textfiguren zeigen genau, in wie ausgedehntem und vollkommenem Maße Schauta durch seine Methode die Parametrien zu exstirpieren vermag. Hierauf wird die Plica vesico-uterina eröffnet, die breiten Mutterbänder zwischen Uteruskante und Ovarien durchtrennt. Nach Entfernung der Gebärmutter wird das Operationsfeld revidiert, das Blasenperitoneum mit jenem des Douglas vereinigt, die Ligamentstümpfe werden in den Wundwinkeln mitgefaßt, der supravaginale Zellgewebsraum wird mit Gaze locker ausgestopft und so drainiert. Schließlich erfolgt die Naht des Scheidendammschnittes.

Zunächst ergibt sich bezüglich der Operabilität eine ganz enorme Verbesserung der Quote, indem mittelst einfacher vaginaler Totalexstirpation ehedem bloß 14·7% des klinischen Materiales operabel waren, während die erweiterte Operation 48·7% ergab. Es ist dies um so bemerkenswerter, als Schauta feststellt, daß an dem in Rede stehenden Material die Winterschen Forderungen seitens der Hausärzte wie der Kranken selbst nicht viel besser berücksichtigt worden waren als ehedem. Die Erhöhung des Operabilitätsprozentes ist also auf Kosten der ausgebauten Operationstechnik zu setzen. Auch breite Infiltration beider Parametrien gibt noch keine Gegenanzeige für die erweiterte Operation ab. Der zystoskopischen Untersuchung ist kein entscheidender Wert bei der Indikationsstellung für die Operabilität des Kollumkrebses beizumessen.

Wenngleich die erweiterte Operation ein wesentlich größerer Eingriff ist als die zuvor geübte vaginale Methode, blieb die Gesamtmortalität nahezu die gleiche, und zwar 10·8%. Auch der Prozentsatz der Blasen- und Ureterverletzungen ist nicht größer als bei der einfachen vaginalen Totalexstirpation, wohl aber viel kleiner als die von den namhaftesten Operateuren bisher bei der abdominalen erweiterten Totalexstirpation bisher erreichte Verletzungsziffer.

Bezüglich der Dauererfolge kann man Schautas Zahlen als wesentlichen Fortschritt erklären, zumal hier jedes Schönfärben absolut vermieden ist: Von fünfjährigen Fällen sind 38·2%, von vierjährigen 44%, von dreijährigen 43·7%, von zweijährigen 47·2% geheilt; das absolute Heilungsprozent im Sinne Winters stellt sich bei den fünfjährigen

Fällen mit 12·6%, bei den vierjährigen mit 13%, bei den dreijährigen mit 17·2%, bei den zweijährigen mit 20·9%.

Die Unmöglichkeit der Entfernung von Drüsen ist bei den vorliegenden Dauerresultaten der erweiterten abdominalen Totalexstirpation einerseits, bei den zur Zeit bereits gesicherten Heilungsvorgängen von Karzinomkeimen in Drüsen resp. latentem Verharren in denselben, nicht allzu scharf ins Feld zu führen gegen den vaginalen Weg überhaupt. Speziell an diesem Punkte werden weitere, hauptsächlich tierexperimentelle Forschungen anzuknüpfen haben.

Es folgt nunmehr die kurze Wiedergabe der Protokollauszüge der 258 Fälle, welche diesem Werk zugrunde gelegt wurden. Schauta schließt mit der Bemerkung, daß, während früher Jahre hindurch gestritten wurde, ob vaginal oder abdominal operiert werden solle, jetzt die Abgrenzung der Operationsgebiete allein die Frage sei. Im übrigen sei nicht in möglichst ausgedehnter, sondern in der möglichst früh vorgenommenen Operation das Heil der Kranken gelegen.

Man hat bei der Lektüre des vorliegenden Werkes die Empfindung, reicher geworden zu sein. In Schautas Methode haben wir einen eminenten Fortschritt im Kampfe gegen das Uteruskarzinom zu erblicken: Und welches Gynaekologen innigste Wünsche wären damit nicht dem Ziele nähergebracht? Frankl.

v. Hovorka und **Kronfeld,** Vergleichende Volksmedizin. Stuttgart, Strecker und Schröder, 1908.

Der in Nr. 6 dieser Rundschau besprochenen ersten Lieferung der vergleichenden Volksmedizin sind bereits weitere sechs Lieferungen gefolgt, die durchaus das halten, was das Probeheft versprochen. Jeder Arzt wird mit vielem Vergnügen den markanten, oft heiteren, stets mit bemerkenswerter Sachkenntnis vorgetragenen Darlegungen der Autoren folgen. Die Gynaekologen seien speziell auf die Artikel „Antikonzeptionelle Mittel, Einhorn, Einpflöcken, Fieber, Fruchtabtreibung, Gelatine, Glückshaube, Mutterkorn" hingewiesen. Krause.

Ludwig Pincus, Constipatio muscularis s. traumatica mulieris chronica. Sammlung klinischer Vorträge, Nr. 173/174. Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1908.

Diese wohlumgrenzte Form der weiblichen Obstipation führt Pincus auf Grund zahlreicher Beobachtungen auf Geburtsverletzungen der Muskulatur des Beckendiaphragma zurück; ergänzend tritt hinzu angeborene oden erworbene Herabminderung der Bauchpressenkraft. Die Verletzung der Sphinkteren hat keine Bedeutung für die Genese der muskulären Konstipation. Das Diaphragma pelvis bewirkt nur dann die Ausstoßung des Stuhles, wenn gleichzeitig die Bauchpresse mithilft. Ist der Levator insuffizient, so ist der reflektorische Reiz, der die Bauchpresse zunächst auslöst, auch geringer, der Motus peristalticus des Rektums hat allein die Defäkation zu bewirken. Atonie, chronische Konstipation ist die Folge. Die Läsion des Levator kann eine Zerreißung, aber auch bloß eine Ischämie durch langdauernden Schädeldruck sein. Prolaps kann, muß aber nicht die Konstipation begleiten. Die Diagnose der Levatorläsion ist bei einiger Übung leicht zu stellen. Die Therapie sei zunächst prophylaktisch: sie hat richtige Indikation zur Zange und korrekte Anlegung derselben, exakte und passende Behandlung der Bauchdecken port partum zur Vorbedingung. Entziehung der Abführmittel, hierauf Kräftigung des muskulösen Beckendiaphragma und der Sphinkteren, Hebung des Tonus der Bauchmuskulatur, schließlich Stärkung der Verdauungskraft unter Zuhilfenahme passender physikalischer Heilmethoden führen nach Pincus sicher zum Ziel.

Die Abhandlung enthält vieles, was für die alltägliche Praxis von Wichtigkeit ist, und sei der Aufmerksamkeit bestens empfohlen. K.

Sammelreferate.

Anatomie, Physiologie und Pathologie des Amnion und der Nabelschnur.

II. Sammelreferat vom 1. Juli 1906 bis Ende 1907 von Dr. **Josef Bondi.**

1. L. Mandl: **Weitere Beiträge zur Kenntnis der sekretorischen Tätigkeit des Amnionepithels.** (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., 58.)
2. Offergeld: **Über das Vorkommen von Kohlehydraten im Fruchtwasser bei Diabetes der Mutter.** (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., 58.)
3. Watson: Edinburgh Obstetrical Society. (Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, pag. 297.)
4. Craig: Glasgow Obstetrical Society. (Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, pag. 1735.)
5. Lovrich: Gynaekologische Sektion des ungarischen Ärztevereins. (Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, pag. 338.)
6. Nijhoff: Niederländische gynaekologische Gesellschaft. (Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, pag. 1445.)
7. Maygrier u. Faroy: Soc. d'obstetr. de Paris. (Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1906, pag. 1137.)
8. Hellendahl: **Bakteriologische Beiträge zur puerperalen Wundinfektion.** (Hegars Beiträge, X.)
9. Bucura: **Über Nerven in der Nabelschnur und Plazenta.** (Zeitschr. f. Heilk., 28.)
10. Fossati: **Über Nerven in der Nabelschnur und Plazenta.** (Zentralbl. f. Gyn., 1907. Nr. 49.)
11. Gönner: **Über Nerven und ernährende Gefäße im Nabelstrang.** (Monatsschr. f. Gyn. u. Geburtsh., Bd. 24.)
12. F. Mohn: **Die Veränderungen an Plazenta, Nabelschnur und Eihäuten bei Syphilis.** (Zeitschr. f. Gyn., 59.)
13. A. Rieländer: **Der CO_2-Gehalt des Blutes in der Nabelschnurvene.** (Monatsschr. f. Gyn., 25.)
14. Lovrich: Gynaekologische Sektion des ungarischen Ärztevereins. (Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, pag. 490.)
15. Lomer: Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg. (Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, pag. 510.)
16. Strassmann: **Zur Behandlung der Nachgeburtsperiode.** (Zeitschr. f. Gyn. u. Geburtshilfe 57.)
17. E. Holzbach: **Über Nabelschnurumschlingung und deren vermeintliche Nachteile nach erfolgtem Austritt des Kopfes.** (Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 5.)
18. Piltz: **Monamniotische Zwillinge und Verknotung der Nabelschnur.** (Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 2, pag. 38.)
19. Pallin: **Über eineiige Zwillinge mit gemeinsamem Amnion und zusammengeknoteten Nabelschnüren.** (Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 51, pag. 1579.)
20. Schaller: Naturforscherversammlung zu Stuttgart. (Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1906, pag. 1227.)
21. Nosowitzky: **Zur Therapie des Nabelschnurvorfalles.** (I.-D., Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907.)
22. Gallot: **De la retropulsion manuelle de cordon dans les procidences.** (I.-D., Paris, Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1906, pag. 889.)
23. Pekarskaja: Ottsche Festschrift, Petersburg 1906. (Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, pag. 119.)
24. Laconture: **Contribution à l'étude anatomique des vestiges du canal peritonéovaginal etc.** (I.-D., Bordeaux. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, pag. 580.)

In Fortsetzung seiner früheren Untersuchungen bringt L. Mandl (1) eine neue Untersuchungsreihe zur Stütze seiner Annahme von der sekretorischen Tätigkeit des Amnionepithels. Den von Bruno Wolf angegebene Versuch, durch beiderseitige Nierenexstirpation künstlich Hydramnios zu erzeugen, wiederholte er beim phlorizinierten Tiere. In der großen Fruchtwassermenge läßt sich nun einerseits Zucker nachweisen, was für kindliche Urinsekretion spricht, andrerseits auch Phlorizin, was für eine zweite

Quelle des Fruchtwassers beweisend ist. In der Tat zeigt auch das histologische Bild, daß dem normalen Epithel eigentümliche, für Sekretion charakteristische Erscheinungen in diesen Fällen eine enorme Steigerung erfahren, was auf eine vermehrte Zelltätigkeit des Amnionepithels hinweist.

Eine ähnliche Auffassung über die Herkunft des Fruchtwassers äußert auch Offergeld (2). Er hatte Gelegenheit, in einem Falle von hochgradigem Hydramnios bei Diabetes das Fruchtwasser zu untersuchen und konnte darin reichlich Kohlehydrate nachweisen. Er bekämpft nun die alte Ansicht, daß der Zucker aus dem mütterlichen Blute stamme; er glaubt, daß es sich um eine Schädigung des Amnionepithels handle, als Folge der gleichzeitigen Erkrankung der Frucht an Diabetes.

Mit den Veränderungen an Plazenta und Frucht nach dem Fruchtwasserabgang beschäftigt sich Watson (3). Er experimentierte an Kaninchen, denen er per laparotomiam die Eisäcke bloßlegte, durch Einstich eröffnete und das Fruchtwasser abfließen ließ. Hierauf Versorgung der Bauchdecken. In allen Fällen sistierte die Sekretion des Fruchtwassers und die Früchte gingen zugrunde. Die Veränderungen an der Plazenta entsprachen denen, die auch bei toten Früchten gefunden werden.

Craig (4), Lovrich (5) und Nijhoff (6) beobachteten enorme Ansammlungen von Fruchtwasser in der ersten Schwangerschaftshälfte. Nijhoff machte in einem solchen Falle die abdominale Punktion durch die uneröffneten Bauchdecken, ein Verfahren, das in der niederländischen Gesellschaft für Gynaekologie lebhaftem Widerspruch begegnete.

Der Fall von Oligohydramnie, den Maygrier und Faroy (7) beschreiben, ist deshalb bemerkenswert, weil neben anderweitigen Mißbildungen auch eine Atresie der Urethra mit Urinretention bestand. Mit Recht führen die Autoren die Mißbildungen auf den Fruchtwassermangel zurück, ohne die scheinbar naheliegende Beziehung der Oligohydramnie zur Urinretention anzunehmen.

H. Hellendahl (8) bespricht die Bedeutung der Fruchtwasserinfektion für Mutter und Kind. Das Fruchtwasser kann auf drei Wegen infiziert werden: von der Scheide, vom Uterus und von der Bauchhöhle aus auf dem Wege der Tuben, letzteres angeblich öfters bei Appendizitis. Alle drei Möglichkeiten sind experimentell erwiesen und klinisch festgestellt. Die Infektion bietet besonders für das Kind große Gefahren, indem sowohl von der Lunge als auch vom Darmkanal aus intrauterine Infektionen ermöglicht werden. Für die Mutter ist die Gefahr im allgemeinen geringer und gerade die Fälle mit übelriechendem Fruchtwasser geben eine gute Prognose. Dagegen ist das Fieber während der Geburt häufig auf Fruchtwasserinfektion zurückzuführen.

Mit der alten Frage der Nerven der Nabelschnur beschäftigen sich Bucura (9), Fossati (10) und Gönner (11). Bucura suchte mit verschiedenen neueren Methoden nach Nerven in der Nabelschnur, hauptsächlich nach dem Verfahren von Ramon y Cajal. Er konnte nachweisen, daß die verschiedentlichen nervenähnlichen Gebilde feine Bindegewebsnetze bilden und Nerven nicht vorhanden sind. Er konnte das auch durch das Experiment bestätigen, indem durch elektrische Reize nur lokale Kontraktionen am Nabelstrang hervorgerufen werden, niemals fortgeleitete. Er gerät dadurch in einen gewissen Widerspruch mit Fossati, der wenigstens für die Plazenta nach der Methode von Apathy ein Nervennetz nachzuweisen glaubte, das von Bucura als Bindegewebe angesprochen wird. In der Nabelschnur konnte auch Fossati keine Nerven finden. Die Untersuchungen von Gönner sind belanglos. Er hat nur einen Fall mikroskopisch untersucht und auch diesen ohne spezifische Färbung. Auch die im Gegensatz zu allen früheren Autoren aufgefundenen Vasa vasorum sind keineswegs einwandfrei nachgewiesen.

In einer größeren Untersuchungsreihe beschäftigt sich F. Mohn (12) mit den Veränderungen der Plazenta und Nabelschnur bei Syphilis. Unter 24 Fällen fand er 16mal Erkrankungen des Nabelstrangs, die im wesentlichen mit den Befunden der früheren Autoren übereinstimmen. Nur scheint Mohn auf die bloße Auflockerung der Muskelfasern ein großes Gewicht zu legen, während nach anderen Autoren dieser Erscheinung keine Bedeutung zukommt. Unter 15 untersuchten Fällen fand er fünfmal Spirochäten in der Nabelvene, zweimal in einer Arterie.

Eine sehr instruktive Methode ersann A. Rieländer (13) zur Bestimmung des CO_2-Gehaltes der Nabelvene. Aus dem Gehalt des Blutes an CO_2 glaubt er bestimmte Schlüsse auf den Grad der Lösung der Plazenta machen zu können. Von Interesse ist es, daß die totgeborenen Kinder weit weniger CO_2 enthalten als sonstiges Erstickungsblut; sie scheinen mehr an Sauerstoffmangel als an CO_2-Vergiftung zugrunde zu gehen. Den höchsten Grad von CO_2-Gehalt fand er bei einem zweiten Zwilling, der nach Lösung der Plazenta geboren wurde.

Über gute Erfolge mit einer neuen Nabelbehandlung berichtet Lovrich (14) im Budapester Ärzteverein. Er klemmt die Nabelschnur mit der Barschen Pince à demeure ab. Er fand in 76·4% glatte Mummifikation des Nabelrestes, in 83% Abstoßung in den ersten 6 Tagen. Mit der Abnabelung beschäftigt sich auch Lomer (15). Er empfiehlt, das plazentare Ende der Schnur am Introitus vulvae zu unterbinden, um an einem Vorrücken der Schlinge die beginnende Lösung der Plazenta zu erkennen. Strassmann (16) gibt an, daß sich bei Druck auf den Uterus die Nabelvene nur so lange füllt, als die Plazenta haftet; nach Lösung der Plazenta bleibt die Füllung aus — ein Symptom zur Erkennung der stattgehabten Lösung. Über die Behandlung der Nachgeburtsperiode spricht auch E. Holzbach (17). Er wendet sich gegen die schon von Schultze bekämpfte Unsitte, nach der Geburt des Kopfes zu tasten, ob die Nabelschnur um den Hals geschlungen sei. Er weist nach, daß sämtliche Gefahren der Nabelschnurumschlingung das Kind schon in der Austreibungsperiode treffen, daß aber nach der Geburt keine Gefahr mehr besteht, da die Nabelschnur in jedem Moment durchschnitten werden kann. Es kann im Gegenteil durch Zerrung an einer kurzen Nabelschnur zu einer Störung der Nachgeburtsperiode kommen.

Kasuistische Beiträge zu Nabelschnurverknotungen bei monamniotischen Zwillingen bringen Piltz (18) und Pallin (19). Einen totalen Defekt der Nabelschnur beobachtete Schaller (20) bei einer Mißbildung; in diesem Falle traten die Nabelgefäße unmittelbar aus der Bauchhöhle an die Plazenta, welche ganz breit in der Mitte mit dem bestehenden Nabelbruchsack und der Leber verwachsen war.

Mit einer Statistik des Nabelschnurvorfalles beschäftigt sich Nosowitzky (21), der die Erfahrungen der Baseler Klinik wiedergibt. Auch Gallot (22) behandelt dasselbe Thema und redet für alle Fälle der manuellen Korrektur das Wort. Wohl vereinzelt steht die Mitteilung von Pekarskaja (23) da, der in einem Fall von Nabelschnurvorfall zur Rettung des Kindes den Kaiserschnitt ausführte.

Eine neue Art von Nabelschnurzysten will Laconture (24) beobachtet haben. Er glaubt, daß ähnlich wie im Leistenkanal auch in der Nabelschnur Reste des embryonalen Peritonealkanals persistieren und zu Zystenbildung Anlaß geben können. Inwieweit Laconture für seine immerhin interessante Annahme Beweise bringen kann, konnte ich leider aus den mir zugänglichen Referaten nicht ersehen.

Über Vorbereitungen für diagnostische und therapeutische Eingriffe.

Sammelbericht (zweite Hälfte des Jahres 1906).

Von Dr. **Moraller**, Berlin.

1. Sippel: **Bemerkungen zur Händedesinfektion und Asepsis bei Laparotomien.** (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 37.)
2. v. Herff: **Über den Wert der Heißwasser-Alkoholdesinfektion.** (Münchener med. Wochenschr., Nr. 30.)
3. Ahlfeld: **Weitere Beweise für die dauernde Tiefenwirkung der Heißwasser-Alkohol-Händedesinfektion.** (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 42.)
4. Opitz: **Scheidenspülung und Händedesinfektion.** (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 51.)
5. Mestral: **Contribution à l'étude de la désinfection des mains.** (Zentralbl. f. Chir., Nr. 39; Arch. prov. de Chir., 1906, Nr. 6.)
6. Dietrich-Arnheim: **Formysol, ein neues Händedesinfektionsmittel.** (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 45.)
7. Goebel: **Über die desinfizierenden Eigenschaften Lugolscher Jodlösungen.** (Zentralbl. f. Bakteriol. usw., Bd. 42; Zentralbl. f. Chir., Nr. 43.)
8. Alfred Wolff-Eisner: **Über die Desinfektionswirkung eines Formaldehyd-Seifenpräparates „Festoform".** (Med. Klinik, Nr. 36.)
9. Heile: **Bemerkungen zur praktischen Anwendung des Isoforms.** (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 35.)
10. V. Senn: **Jod in der Chirurgie mit besonderer Berücksichtigung seiner Anwendung als Antiseptikum.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 41.)
11. Müller (Hamburg): **Ein neues Jodpräparat und dessen Verwendung in der Gynaekologie und Chirurgie.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 47.)
12. H. Füth: **Über die desinfektorische Wirkung des Alkohols und ihre Ursachen.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 33.)
13. Derselbe: **Über Spülung mit Wasserstoffsuperoxyd unter Einwirkung von Argentum colloidale und von Permanganat.**
14. C. Stich: **Ein neuer Apparat zur aseptischen Seifenentnahme.** (Zentralbl. f. Chir., Nr. 46.)
15. F. Bruck: **Medizinische Instrumente und Asepsis.** (Med. Klinik, Nr. 8.)
16. Cheatle: **Greifzange zum Fassen steriler Gegenstände.** (Med. Klinik, Nr. 43.)
17. O. Ehrhardt: **Ein einfacher Ligaturträger.** (Zentralbl. f. Chir., Nr. 30.)
18. O. Witzel und Wederhake: **Silberkautschukseide an Stelle des Silberdrahtes zur versenkten Naht. Herstellung der Silberkautschukseide.** (Zentralbl. f. Chir., Nr. 35.)
    Wederhake: **Theoretisches und Praktisches über unser Fadenmaterial.** (Münchener med. Wochenschr., Nr. 50.)
19. v. Herff: **Zur Frage der Catgutsterilisation.** (Zentralbl. f. Chir., Nr. 39; Münchener med. Wochenschr., Nr. 27.)
20. Herhold (Altona): **Zur Catgutsterilisation.** (Münchener med. Wochenschr., Nr. 32.)
21. Derselbe: **Trockenes Jodcatgut.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 32.)
22. Burmeister: **Jodcatgutpräparation.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 45.)
23. Mindes: **Benzin-Jodcatgut.** (Zentralbl. f. Chir., Nr. 51.)
24. Baudoin: **Essai critique sur la stérilisation du materiel chirurgical.** (Thèse de Paris. G. Steinheil, 1906; Zentralbl. f. Chir., Nr. 51.)
25. C. Stich: **Zur Catgutsterilisation.** (Zentralbl. f. Chir., Nr. 46.)
26. A. J. Pjatkin: **Die Anwendung von Jodcatgut bei Ligaturen und Nähten.** (Russki Wratsch, 1905, Nr. 3; Zentralbl. f. Gyn., Nr. 29.)
27. Budde: **Chemische Untersuchung chirurgischer Nähseiden.** (Zentralbl. f. Chir., Nr. 36.)
28. Heyde: **Über Jodoformgazesterilisation.** (Zentralbl. f. Chir., Nr. 46.)
29. Schachner: **Ligaturkasten. Operationstisch. Operationskleid.** (Arch. f. klin. Chir., Bd. 79.)

30. Kuhn (Kassel): **Die Asepsis des Wundfeldes bei Operationen.** (Med. Klinik, Nr. 38.)
31. Renner: **Künstliche Hyperleukozytose als Mittel zur Erhöhung der Widerstandskraft des Körpers gegen operative Infektionen. Zugleich ein Beitrag zum Studium der Wirkung subkutaner Hefenukleinsäure-Injektionen auf dem menschlichen Organismus.** (Mitteil. a. d. Grenzgeb. d. Med. u. Chir., Bd. 15.)

Sippel (1) empfiehlt in einer sehr lesenswerten Arbeit die Fürbringersche Methode, wobei er zu betonen Gelegenheit nimmt, daß man dabei der Heißwasser-Alkoholdesinfektion den Hauptwert zuerkennen müsse, während die anschließende Sublimatdesinfektion eine Erhöhung der erzielbaren Sicherheit zu gewährleisten imstande ist. Der Verf. legt Wert darauf, daß die Hände jedesmal in nassem Zustande von einer Flüssigkeit in die andere gebracht werden, und zwar aus folgenden, sehr leicht verständlichen Gründen: Die durch die Heißwasser-Seifenbehandlung aufgequollene, gelockerte und mit Wasser durchtränkte Epidermis begünstigt infolge der starken Affinität zwischen Wasser und Alkohol die Tiefenwirkung des letzteren durch gleichzeitige Diffusion des eingesickerten Wassers in den umgebenden Alkohol. In ähnlicher Weise dringt die Sublimatlösung in die Tiefe der Oberhaut und der Alkohol aus letzterer in die umgebende Sublimatlösung, wenn die mit Alkohol durchtränkte Hand direkt in die wässerige Sublimatlösung gebracht wird, so daß also durch Berücksichtigung dieses physikalischen Verhaltens eine erheblich gesteigerte Tiefenwirkung sowohl des Alkohols wie des Sublimats unausbleiblich ist.

Zur Desinfektion der Bauchdecken empfiehlt der Autor folgendes, allerdings ein wenig umständliches Verfahren: Am Abend vor der Operation sorgfältiges Rasieren, daran anschließend ein gründliches Reinigungsbad, Abtrocknen der Haut und sorgfältige Einreibung der Bauchdecken mit sterilen, in Terpentinöl getauchten Wattebäuschen. Darauf folgt eine energische Abreibung mit Äther, die solange fortgesetzt wird, bis die Bauchhaut, vollkommen entfettet, gleichmäßig die 1‰ige Sublimatlösung annimmt, mit der schließlich die Haut noch gründlich gewaschen wird. Besondere Sorgfalt muß dabei der Reinigung des Nabels gewidmet werden, die in derselben oben beschriebenen Weise vorgenommen wird. Zum Schlusse wird der ganze Bauch mit einer Sublimatkompresse bedeckt, die erst auf dem Operationstische entfernt wird. Dort wird nochmals die Abreibung mit Terpentinöl und Äther wiederholt und daran anschließend der Leib in seiner ganzen Ausdehnung mit Sublimat abgewaschen.

Die Abdeckung des Operationsfeldes geschieht durch dicke, doppelt zusammengelegte Leinwandkompressen, die auf die Bauchdecken aufgenäht werden, um jede auch noch so geringfügige Verschiebung zu vermeiden, wobei der zum Anlegen des Schnittes offengelassene Spalt an seinen Rändern mit Sublimat leicht durchtränkt und der jetzt sichtbar gewordene Teil der Bauchdecken nochmals mit Sublimat abgewaschen wird. Unterstützt wird diese ausgedehnte, sorgfältige Desinfektion durch ein gut ausgewähltes Nahtmaterial, das der Verf. in dem Chromsäurecatgut sowohl zur Naht des Peritoneums und der Faszie wie auch der Haut zu empfehlen Gelegenheit findet.

v. Herff (2) berichtet zuerst in einigen einleitenden Bemerkungen über den Gebrauch von Gummihandschuhen, bei deren Anwendung eine absolute Keimfreiheit ausgeschlossen ist, da durch die kleinsten und unsichtbaren Öffnungen Keime durchdringen können, eine Gefahr, die noch gesteigert wird, wenn die Handschuhe über die nassen Hände angezogen werden, weil dann in der unter den Handschuhen sich bildenden Brühe die Keime sehr gut gedeihen können. Aber auch bei der jetzt allgemein üblichen Methode, die Handschuhe nach einer Einpuderung mit Talk anzuziehen, ist die Gefahr der Keimverschleppung durch die Handschuhe hindurch zwar sehr herabgesetzt, aber durchaus nicht aufgehoben. Die günstigsten Resultate sah dieser Kliniker bei der

Ahlfeldschen Heißwasser-Alkoholdesinfektion, über die, wie er bedauernd bemerkt, sehr viele Lehrbücher mit vornehmem Stillschweigen hinweggehen, während er ihr unbedingt den ersten Platz in der Händedesinfektion einräumt. Und nicht mit Unrecht. Stützt er sich doch auf das ansehnliche Material von 5000 Fällen, die er in einer einwandfreien Statistik vom Standpunkte der fieberhaften Erkrankungen aus analysiert, um dabei festzustellen, daß unter diesen 5000 Wöchnerinnen die Anstaltssterblichkeit an Kindbettfieber 0% betrug. Die Wirksamkeit der Ahlfeldschen Methode, die der Fürbringerschen an Sicherheit zum mindesten ebenbürtig, ihr aber an Einfachheit und Bequemlichkeit überlegen ist, weil sie nur zwei Waschungen von je 5 Minuten erfordert, beruht auf einer Schrumpfung und Eintrocknung der Haut, die, gleichsam gegerbt, die Keimabgabe für lange Zeit erheblich, wenn nicht ganz erschwert.

Ahlfeld (3) sucht Beweise für die dauernde Tiefenwirkung seiner Heißwasser-Alkoholdesinfektionsmethode durch folgenden Versuch beizubringen: Nach Beendigung der mit Gummihandschuhen ausgeführten Operation, also nach 1—1½ Stunden, prüft er die Keimfreiheit der Hände dadurch, daß ein steriler Catgutfaden kräftig zwischen den Fingern hin- und hergezogen und dann auf seine Sterilität durch Verbringen in ein mit Nährbouillon gefülltes Reagensglas untersucht wurde. Hierdurch konnte er beweisen, daß die wohldesinfizierte Hand keine Keime aus der Tiefe, wenn dort überhaupt solche vorhanden gewesen sein sollten, abgegeben habe. Dadurch ist nach Ansicht des Verf. die ideale Tiefenwirkung des Alkohols erwiesen.

Opitz (4) plädiert bei aller Anerkennung der Güte der Ahlfeldschen Methode doch für die Beibehaltung der Gummihandschuhe. Zwar führe Ahlfeld an, daß Versuche mit künstlich infizierten Händen nicht gegen seine Beweisreihen ins Feld geführt werden könnten, während er doch selbst für die im ärztlichen Leben infizierte Hand seine Versuche noch nicht genügend erprobt habe. Der Zweck der Gummihandschuhe und ihr Hauptvorteil besteht in dem sicheren Schutze gegen die Berührung der Hand mit Eiter oder verdächtigen Absonderungen. Ihr Gebrauch soll das Ahlfeldsche Desinfektionsverfahren nicht in den Schatten stellen, sondern im Gegenteil dasselbe krönen zum Nutzen der leidenden Menschheit.

Mestral (5) gibt der Meinung Ausdruck, daß eine absolut sichere Händedesinfektion ausgeschlossen ist. Gestützt auf eine große Reihe von Versuchen mit den gebräuchlichen Desinfizientien — Alkohol, Äther, Seifenspiritus, Ammoniak, Lysol, Sublimat, Sublamin, Kalium permanganicum —, die er nach dem Vorgehen von Haegler teils allein, teils kombiniert zur Anwendung brachte, empfiehlt er als bewährteste Desinfizientien 70%igen Alkohol und Sublimat, welch letzteres er dem vielempfohlenen Sublamin vorzieht.

Gummihandschuhe verwendet der Verf. nur bei septischen Operationen; bei aseptischen gibt er den Rat, zum Schutze gegen das Einreißen derselben Zwirnhandschuhe darüber zu ziehen, wodurch allerdings das feinere Tastgefühl aufgehoben wird. Er selbst benutzt bei aseptischen Operationen, auch bei den technisch schwierigsten, doppelte Handschuhe, an deren Gebrauch er sich nach geraumer Zeit mühelos gewöhnt hat.

Dietrich-Arnheim (6) sprechen den gebräuchlichen Methoden der Händedesinfektion, nämlich der Ahlfeldschen Methode und der Desinfektion mit Seifenspiritus nach Mikulicz, eine größere Tiefenwirkung ab. Auch durch das zeitraubende, von Lübbert angegebene Verfahren (gründliche mechanische Reinigung mit Sublimat, Sandseife, Bürste, alkoholischer Kaliseifenlösung, Alkohol und schließlich Waschung mit Sublimat) werden die großen Schwierigkeiten der absolut sicheren Desinfektion

wohl kaum beseitigt, zudem dieses letztere Verfahren, welches 30 Minuten Zeit und 1·2 *l* Alkohol erfordert, praktisch fast nicht durchführbar ist. Die Verf. empfehlen dagegen auf das wärmste ein neues Desinfektionsmittel, das Formysol. Formysol, eine flüssige Kaliformalinseife mit starkem Alkoholgehalt und Zusatz anderer desinfizierender und desodorierender Stoffe, ist eine angenehm riechende, ölige, gelblichgrünliche Flüssigkeit, die sich in Alkohol und Wasser löst und mit 10- oder 25% Formalingehalt von Theodor Hahn & Ko., Schwedt a. O., hergestellt wird. Bakteriologische Untersuchungen ergaben durchaus günstige Resultate. Das genannte Präparat, das die Ausführungsgänge der Talg- und Schweißdrüsen zu verschließen und dadurch eine Hauptinfektionspforte unwegsam zu machen geeignet ist, kommt in der Weise zur Anwendung, daß die Hände ca. 5 Minuten mit heißem Wasser und 10% Formysol gebürstet und dann nochmals mit reinem 10%igen bzw. 25%igen Formysol eingerieben werden. Bei einer rationellen Hautpflege mit Lanolin kann der unerwünschten Nebenwirkung des Formalins, nämlich seiner gerbenden Eigenschaft, wirksam begegnet werden. Auch genügt es, bei der vorbereitenden Waschung sich nur der Seife zu bedienen und das Formysol erst bei der zweiten Abreibung anzuwenden, ohne die Sicherheit der Desinfektion zu beeinträchtigen.

W. Goebel (7) kommt auf Grund bakteriologischer Versuche, bei welchen er die Wirkung der Lugolschen Lösung an einigen der hauptsächlichsten, in Wasser, Nährbouillon und Aszitesflüssigkeit aufgeschwemmten pathogenen Bakterienarten prüfte, zu dem Schlusse, daß die 0·02%ige Lugolsche Jodlösung (0·5 Jod + 1·0 Jodkali + + 2500·0 sterilisiertes, destilliertes Wasser) ein sehr kräftig und schnell wirkendes, stark desodorisierende Eigenschaften aufweisendes Desinfektionsmittel darstellt, welches er eines Versuches zur Desinfektion physiologischer und pathologischer Hohlräume, zur Reinigung des Operationsfeldes und zur Händedesinfektion an Stelle des sonst üblichen Sublimats für wert hält.

Alfred Wolff-Eisner (8) berichtet über die Desinfektionswirkung eines Formaldehydseifenpräparates, Festoform genannt. Dieses Präparat, welches durch Einleitung von Formaldehyd in Natronseifenlösung hergestellt wird, stellt eine feste, harte Masse dar, die in leicht erwärmtem Wasser zu einer opalisierenden Flüssigkeit gelöst wird. Während die Pastillen ziemlich stark nach Formaldehyd riechen, haben die gebrauchsfertigen 1—2—3%igen Lösungen absolut keinen Formaldehydgeruch. Erleichtert schon die feste Form des Präparates seine Anwendung auf Reisen, Märschen, im Kriege etc., so hat es für die Händedesinfektion den Vorteil der Kombination von Seifen- und Formaldehydwirkung. Der Autor rühmt auf Grund bakteriologischer Untersuchungen die hohe Desinfektionskraft des Mittels, dem jedoch merkwürdigerweise Staphylokokken außerordentlich großen Widerstand entgegensetzten, seine sehr stark desodorisierende Eigenschaft und seine geringe Giftigkeit. Metallinstrumente und Gummiartikel, z. B. Bougies, können mehrere Stunden ohne Schädigung des Materials in Festoformlösung liegen. Die Versuche mit Festoform als gasförmiges Desinfiziens zeigten, daß die Tiefenwirkung der Festoformdämpfe nicht größer ist, als bei der gewöhnlichen Formalindesinfektion.

Heile (9) kam nach Untersuchung von etwa 40 der gebräuchlichen Antiseptika und 30 neuen chemischen Verbindungen zur Anschauung, daß Isoform das wirksamste Antiseptikum ist, eine Erfahrung, die er besonders bei der Behandlung schwer eiternder Wunden bestätigt gefunden hat. Es ist ungiftig gegenüber dem Karbol, Sublimat und Jodoform und kann viele Tage lang, bis zu 8 *g* täglich, innerlich zur Desinfektion des Darmkanals gegeben werden. Es ruft kein Ekzem hervor; die Konzentration richtet sich nach der Menge der Eitersekretion der Wunde. Falsch ist es, das Isoform als Ersatzmittel des Jodoforms zu betrachten, da letzteres erst seine

volle Wirkung bei Sauerstoffabschluß erreicht, während ersteres auch bei Zutritt der Luft auf der Haut oder in Verbandstoffen wirksam ist. Auch entfaltet es seine Wirkung im Gegensatze zu Sublimat und Jodoform selbst in eiweißhaltigen Medien.

V. Senn (10) stellt Jod an die Spitze der Antiseptika. Seine hohe Meinung über dasselbe geht am besten aus den lapidar am Ende seiner Ausführungen gestellten, zusammenfassenden Schlußfolgerungen hervor: 1. Jod ist das sicherste und kräftigste aller bekannten Antiseptika. 2. Jod, in richtiger Lösung angewandt, ist ein Antiseptikum, welches die Gewebe nicht schädigt; es stellt im Gegenteil einen wertvollen Reiz für die Gewebe dar, welcher eine aktive Phagozytose, jene bei der Behandlung akuter und chronischer Entzündungen so außerordentlich wünschenswerte Erscheinung hervorruft. Auch er sieht im Jodcatgut gleich vielen anderen Autoren das beste Catgutnahtmaterial. Er hat dasselbe im Laufe von zwei Jahren bei zahlreichen Operationen verwendet und findet neben den anderen vorzüglichen Eigenschaften des Jodcatguts vor allem zur Hervorhebung der bemerkenswerten Tatsache Veranlassung, daß dasselbe 12—16 Tage der Resorption Widerstand leistet.

Müller (Hamburg) (11) verwendet eine 25%ige Lösung von Jothion (Bayer & Co.), das etwa 80% Jod enthält, eine stark antiseptische Wirkung und eine sehr beträchtliche Resorptionsfähigkeit durch die intakte Haut besitzen soll. Zur Vorbereitung der Haut und Schleimhaut für Operationen, zur Desinfektion der Hände des Operateurs empfiehlt er die Einreibung derselben mit 12½%iger Jothionlösung.

H. Füth (Köln) (12) bestätigt auf Grund eigener Versuche die bereits von Sarwey gefundene Tatsache, daß die Versuchsanordnung Ahlfelds, durch welche er den Beweis der vollen Desinfektionskraft seiner Methode erbracht zu haben glaubte, unrichtig sei, weil er ausschließlich flüssige Nährböden verwendet hat. Im zweiten Abschnitt der Arbeit pflichtet er der Behauptung Ahlfelds bei, daß der Alkohol eine hohe desinfektorische Wirkung besitze. Nach Füths Ansicht beruht dieselbe nicht allein auf der dem Alkohol zukommenden Eigenschaft der Wasserentziehung und Fettlösung, sondern auch auf der beim Zusammentreffen des Wassers mit Alkohol eintretenden Wärmeerhöhung, die bis 9° C betragen kann, so daß die Temperatur der Haut, welche an ihrer Oberfläche durchschnittlich 33° beträgt, bis auf 40° ansteigen kann. Neben dem Einfluß der mechanischen Wirkung der Händedesinfektion und dem chemischen Reiz der Alkoholwaschung, der gleichfalls mit einer Erhöhung der Temperatur einhergeht, sei diese physikalische Tatsache der Wärmeerhöhung beim Zusammentreffen von Alkohol und Wasser für die Erklärung der desinfizierenden Wirkung des Alkohols von einer gewissen, nicht zu unterschätzenden Bedeutung.

H. Füth (Köln) (13) berichtet in einer weiteren Arbeit über Spülungen mit Wasserstoffsuperoxyd unter gleichzeitiger Anwendung von Argentum colloidale oder von Permanganat. Er empfiehlt zur energischen Desinfektion und Desodorisation eine gleichzeitige Anwendung von Argentum colloidale und Wasserstoffsuperoxyd, wobei ersteres als Katalysator wirkt, d. h. es beschleunigt die Zersetzung des H_2O_2 unter Bildung von aktivem Sauerstoff, ohne selbst dabei Veränderungen einzugehen. Den Boden der Katalyse verlassend, empfiehlt er, weil billiger und leichter zu beschaffen, das Permanganat und Wasserstoffsuperoxyd zu verwenden unter Zusatz von verdünnter Essigsäure. Er verwendet zur gleichzeitigen Spülung mit dem doppelläufigen Katheter folgende Lösungen: 1. Lösung. 35 cm^3 (abgerundet) des 3%igen H_2O_2 oder 5 cm^3 des Perhydrol auf 1 *l* Wasser. 2. Lösung. 2 *g* (abgerundet) Kalium permanganicum und 10 cm^3 verdünnter Essigsäure bei Verwendung des Perhydrol, 5 cm^3 einer verdünnten Essigsäure bei Benutzung des 3%igen H_2O_2.

(Schluß folgt.)

Vereinsberichte.

Geburtshilflich-gynaekologische Gesellschaft in Petersburg. Protokoll Nr. 1. Jahressitzung am 18. Jänner 1907. Präses Pr. Rein.

1. Litschkus verliest den Jahresbericht für 1906. Zahl der Mitglieder 173. Ehrenmitglieder 5. Korrespondierende Mitglieder 5. Zahl der Sitzungen 20; davon 10 administrative; Vorträge waren 23, Demonstrationen 38 von 12 Personen. Die Bibliothek enthält 4763 Nummern.

2. Sadowski hält die Festrede: Die Fortpflanzung betrachtet im Lichte des Parasitismus (erscheint im Jahresberichte).

3. Rein weist auf die günstige Entwicklung der Gesellschaft und ihres Organs, des Journals, hin.

Protokoll Nr. 2. Sitzung am 22. Februar 1907. Präses Strawinski.

1. Ratschinski: Ein Projekt zur Kampfesorganisation gegen den Uteruskrebs; das Resultat der zu diesem Zweck gewählten Kommission s. Jahresbericht.

Lessowoi, Beckmann u. a. fanden, daß theoretisch sich vieles verlangen läßt, aber praktisch nur wenig ausführbar ist. Die Ambulanzen sind zu überhäuft; um alles so durchzuführen, wie die Kommission es vorschlägt, dazu fehlen die Kräfte und Mittel. Kakuschkin weist darauf hin, daß das Ziel nicht erreicht werden wird, wenn nicht die Art der ambulatorischen Krankenbehandlung von Grund aus verändert wird. Eine zentrale Station für mikroskopische Untersuchungen ist immer notwendig. Die Frage ist recht kompliziert und man kann sich zuerst nur auf Petersburg beschränken. Die Mittel werden sich allmählich finden.

Die vorgeschlagenen Maßregeln werden angenommen.

Protokoll Nr. 3. Sitzung am 22. März 1907. Präses Rein.

Litschkus demonstriert: 1. eine große, mit vielen subserösen Knoten durchsetzte Gebärmutter vaginal entfernt; 2. eine vaginal entfernte Gebärmutter mit einem faustgroßen Fibromyome; 3. eine $1^1/_2$ Faust große linksseitige Dermoidgeschwulst bei zweimonatlicher Schwangerschaft. Nach 2 Wochen Abort; 4. eine Patientin, die von ihrer veralteten Inversion des Uterus durch die Piccolische Operation befreit ist. Piccoli- und Küstnersche Operationen sind identisch. Rein ist immer mit dem Kolpeurynter ausgekommen, auch bei veralteter Inversion.

Rjabinzewa-Preobraschenskaja: Über Zervikovaginalfisteln, s. Jahresbericht. (Die Fistel ist nicht autochthon, wie Vortr. behauptet, sondern durch den stattgehabten Abort entstanden in Analogie mit der Zentralruptur. Solche Rupturen sind nicht selten. Ref.)

Pawlow beschreibt 2 Fälle, die die Genese dieser Rupturen illustrieren.

Nowikow: Der Zusammenhang der klimakterischen Erscheinungen mit den Gesetzen der Lebensenergie des weiblichen Organismus. Nach Hinweis auf die bekannte Wellenbewegung der Lebensenergie der Frauen und der mit ihr parallel verlaufenden Verdickung der Schleimhäute und darauffolgenden Abstoßung, glaubt er alles in Abhängigkeit von der Ovulation zu halten. Zwischen Menstruationperiode und Schwangerschaft findet er Analogie. Die Menstruation ist entsprechend der Abstoßung der Dezidua, die Intermenstrualzeit ist entsprechend der Schwangerschaft, die ganze Menstrualperiode eine mißglückte Schwangerschaft. Während des ganzen Geschlechtslebens ist die Lebensenergie bei der Frau herabgesetzt. Die Harnstoffbildung ist geringer, die Menge der Erythrozyten ist geringer. Ein Teil der Energie bleibt latent. Beim Klimax wird die Energie frei und ruft all die klimakterischen Erscheinungen hervor, bis der Organismus ins Gleichgewicht kommt. Es sind nicht Intoxikationserscheinungen, wie früher angenommen wurde. Dem entsprechend muß die Klimax behandelt werden.

Ulesko Stroganowa: Über Dezidualgewebe. Es gibt verschiedene Arten von dezidualen Zellen. Übergänge zu Fettzellen und Blutzellen. Zu ihrer Bildung trägt das Bindegewebe wenig bei, eine große Rolle spielen dabei die Lymphozyten, was aus der großen Zahl von Übergangsformen und lebhaften Teilungsbildern zu schließen ist.

Protokoll Nr. 4. Sitzung am 10. Mai 1907. Präses Rein.

1. Stroganow demonstriert eine Plazenta mit flächenhaftem Ursprung der Nabelschnur. Ein Ast der Nabelvene war gerissen und die eintretende Blutung war

Todesursache der Frucht. Es ergoß sich ungefähr ein Glas Fruchtwasser mit Blut, die Bewegungen hörten ganz auf, es trat dann wieder eine mäßige Blutung auf und nach 12 Stunden trat die Geburt des aus der Nabelvene verbluteten Kindes ein. Der Riß der Nabelvene war genau entsprechend dem Riß der Eihaut.

2. Fedorow: Über Pubiotomie. 4 Schwangerschaften, die erste Frühgeburt, die zweite Querlage und Wendung, die dritte Zange, alles Totgeburten. Bei der 4. Schwangerschaft Pubiotomie, Tarniersche Zange, Kind tot. Die Mutter 13 Tage gefiebert bis 40°, konnte 10 Tage nicht urinieren und den linken Fuß nicht bewegen. Scheidenverletzung kommuniziert mit der Schnittwunde des Knochens. Die Indikationen zur Pubiotomie sind noch nicht ausgearbeitet und unsicher. Bei großem Kopf und enger Scheide ist die Pubiotomie kontraindiziert, ebenso ist bei schwachen Herztönen Gefahr für das Kind, da muß der Kaiserschnitt gemacht werden.

Diskussion: Stroganow empfiehlt einen von ihm modifizierten Führer.

Litschkus ergänzt den gehaltenen Vortrag durch ein Referat über die Arbeit Kannegiessers aus der Dresdener Klinik, er selbst ist für die Pubiotomie.

Ratschinski glaubt, daß die Pubiotomie sich nicht halten werde. Bei starker Verengung muß der Kaiserschnitt gemacht werden, bei geringerer muß man abwarten. Die Resultate der Pubiotomie sind ungewiß und unsicher.

Stroganow ist für die Pubiotomie, er hatte 11 Fälle mit 1 Todesfall der Mutter und 1 Todesfall des Kindes. Die Operation ist leichter auszuführen, weniger gefährlich als der Kaiserschnitt.

Fedorow hält auch den Kaiserschnitt für gefährlicher, die Sterblichkeit beträgt noch 15%. Die Kindersterblichkeit betrug 18% bei 15 Fällen von Beckenenge, Zange, Kaiserschnitt.

Podgoretzki: Über den vaginalen Kaiserschnitt. 9 Fälle operiert von Fenomenow. 1 Fall bei Krebs, 1mal bei Sepsis operiert in der ersten Hälfte der Schwangerschaft, 7mal in der zweiten Hälfte, 3mal bei Krebs, 4mal bei Eklampsie, lebensfrisch 6 Früchte. Eine Mutter gestorben.

Ratschinski ist ein Gegner der Operation.

Stroganow findet bei Eklampsie keine Indikation zur Operation, seine Behandlungsart gibt bessere Resultate als die Operation.

Karnitzki empfiehlt sie in gewissen Fällen von Eklampsie. Ein günstiger Fall, Technik nicht schwer.

Rein findet die Indikationen noch unklar. Sie ist dem Accouchement forcé gleichzustellen.

Protokoll Nr. 5. Sitzung am 20. September 1907. Präses Strawinski.

Kuschtalow: Zur Heilung verschleppter Formen von Gebärmutter- und Scheidenkrebs. Es müssen verschiedene Formen von Krebs existieren, auch solche, auf die Medikamente wie Jodkali Einfluß haben, wie in folgendem Fall: 30 Jahre, hat nach der letzten Geburt vor 4 Jahren beständig blutige Ausscheidung und seit 7 Monaten Schmerzen. Die Scheidenwände werden durch pilzförmige Verdickungen eingenommen, das Scheidenlumen ist von solchen Schwellungen verlegt. Im Becken eine höckerige, empfindliche, unbewegliche Geschwulstmasse. Der Uteruskörper wenig beweglich, die Parametrien und Douglasschen Bänder infiltriert. In der Blase keine Wucherungen. Vor der Operation Jodkali in großen Dosen zu 5·0 täglich.

Operation. Schuhardts Schnitt. Entfernung der ganzen Scheide, dann per laparotomiam Entfernung des Uterus, der Anhänge, Parametrien und Drüsen. Drainage. Am 4. Tage Ileuserscheinungen, Eröffnung der Bauchhöhle, Entfernung des Eiters und Lösung der Darmverklebungen. Mikulicz-Tamponade der Bauchhöhle.

Mikroskopisch karzinomatöse Durchsetzung aller entfernten Organe. Genesung. 2 Monate, dann Rezidiv. (Wo ist die behauptete Wirkung des Jodkali? Ref.)

In der Diskussion wird darauf hingewiesen, daß es vereinzelte Fälle gibt, die nicht so verlaufen, wie man vermuten müßte. Man stellt die schlechteste Prognose und die Kranken genesen.

Kakuschkin: Über Geschwülste des Oment maj. Sie führen zu Fehldiagnosen. Charakteristisch für sie ist: 1. große Beweglichkeit; 2. oberflächliche Lage der Geschwulst; 3. nachweisbarer Zusammenhang mit der Milz. Im betreffenden Falle war ein Lymphangioma cystoides.

Protokoll Nr. 6. Sitzung am 18. Oktober 1907. Präses Rein.

1. Litschkus demonstriert 1. die normalen Tuben und Ovarien einer laparotomierten Pat. mit fehlendem Uterus und Scheide bei fehlender Menstruation, aber monatlich auftretenden, sehr heftigen dysmenorrhoischen Beschwerden. An Stelle der Scheide ein kurzer Blindsack. Im Becken fand man rechts und links Muskelbündel in spindelförmiger Gestalt als rudimentärer Uter. bipartitus. Nach der Kastration hörten alle Beschwerden auf. 2. Fibromyom des Uterus und 2 kohlkopfgroße Geschwülste. Die Geschwülste wurden in 2 Sitzungen entfernt und erwiesen sich als Papilloma ovarii. 3. Eine durch Laparotomie entfernte Tubenschwangerschaft. Die Größe des Fruchtsackes und der entwickelten Plazenta entsprach dem 4.—4$^1/_2$. Schwangerschaftsmonate, von der Frucht waren aber nicht einmal Reste nachgeblieben, alles war zerfallen. Das Fruchtwasser trübe. 4. Eine große Ovarialgeschwulst mit torquiertem Stiel. 5. Zwei hühnereigroße, durch die Scheide entfernte Dermoidgeschwülste. 6. Eine große, vielkammerige Zyste von einer 70jährigen Patientin.

Diskussion. Rein hält die Kastration im ersten Falle nicht für richtig. Künstliche Scheidenbildung ist angezeigt, er hat 50 Fälle beobachtet. Die papillären Ovarialgeschwülste hält er für bösartig. Dem letzteren wiederspricht Stroganow.

2. Stolipinski berichtet über die Operationen von Fenomenow im geburtshilflichen Institut vom September 1906 bis Mai 1907. 118 Laparotomien, 26 vaginale Uterusexstirpationen, 6 Kolpotomien. Demonstriert Präparate. Gebraucht zuweilen den Pfannenstielschen Hautschnitt.

Kittner Anhänger desselben.

Ott ist Gegner. Ein großer Schnitt kann dabei nicht gemacht werden und kleinere Geschwülste müssen vaginal entfernt werden.

3. Kannegiesser demonstriert 1. eine Eierstocksschwangerschaft. Die Tube ist frei, die Fimbria haftet an der Geschwulst, dem Ovarium, das in der Mitte einen Fruchtsack enthält. 2. Exstirpierte Gebärmutter mit Chorioepitheliom Oktober 1906. Mol. racemos. Mai 1907 wieder Mol. Im Juni Blutung und Geschwulst, mikroskopisch Chorioepitheliom. 3. 2 Wochen nach einer Geburt Blutung, Ausschabung. Wieder nach 2 Wochen Blutung, Infiltration. Nach einem Monat Lungeninfarkt und ein Knoten in der Scheide. Exstirpiert zeigt sich Chorioepitheliom, der Knoten war ins Rektum durchgewachsen. Tod.

4. Ulesko Stroganowa: Über die örtliche Reaktion der Gewebe gegen Fremdkörper. Kommt zu folgenden Schlüssen: 1. Parenchymgewebe verändert sich zu phagozytärem Gewebe, kleinzellige Infiltration, epitheloidale Zellen, Riesenzellen. 2 Durch Ablagerung von goldgelben Körperchen zeigt sich Ähnlichkeit mit Luteingewebe. 3. Die Zellen resorbieren Fett und durch Zerfall des Fettes Höhlenbildung.

J. Wernitz (Odessa).

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Gynaekologie.

Van der Veer, Report of a Case of Degenerated Uterine Myoma. Surg., Gyn. and Obst., Nr. 3.
Bolt, Ovarian Hernia. Ebenda.
Snegireff, Weitere Beobachtungen über die Anwendung von Blutegeln in der gynaekologischen Praxis. Wratschebnaja Gaz., 1908, Nr. 9.
Freudenberg, Dysmenorrhöe bei jugendlichen Individuen. Der Frauenarzt, 1908, H. 2.
Marocco, Considerazioni pratiche sulla tecnica del ramollimento artificiale della matrica. Archivia Ital. di Ginecol., 1908, Nr. 2.
Fiori, Il trattamento extra-fornici dei peduncoli nell' isterectomia vaginale. Ebenda.
Déletrez, Tuberculose du col de l'utérus. Bull. de la Soc. Belge de Gyn. et d'Obstetr., 1908, Nr. 4.
Déletrez, Volumineux Kyste de l'ovaire chez une malade âgée de 73 ans. Ebenda.
Daels, Un facies nouveau de néoformation histologique dans un organe de l'ovaire. Ebenda.
Behm, Scheidenspültrichter. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 12.

Eckstein, Eine Modifikation des Fritsch-Bozemanschen Katheters. Ebenda.
Scherbak, Zu Willes Artikel „Mechanische Assistenten". Ebenda.
Dickinson, High Rectocele After Perineal Repair. Amer. Journ. of Obstetr., March 1908.
Graves, Fistula Between the Fundus of the Uterus and the Upper Portion of the Intestine. Ebenda.
Duncan, Value of Blood Observations in Gynecological Cases. Ebenda.
Mc. Kee, The Hymen. Ebenda.
Clarke, Some Experiences Relative to the Causation and Treatment of Certain Forms of Metrorrhagia. Ebenda.
Hartmann, Appendicite et annexite. Ann. de Gyn. et d'Obstétr., Mars 1908.
Boeckel, De l'occlusion intestinale consécutive à l'exstirpation des fibromes utérins de volume excessif. Ebenda.
Gellhorn, Traitement du cancer inopérable de l'utérus par l'acétone. Ebenda.
Hannes, Gesichtspunkte für die Behandlung entzündlicher Adnexerkrankungen. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 12.
Becker, Über Händedesinfektion mit Chirosoter. Münchener med. Wochenschr., Nr. 11.
Westermann, Über das häufigere Vorkommen von Ovarialresten bei größeren Ovarialtumoren. Inaug.-Diss., Straßburg, Februar 1908.
Jung, Zur Diagnose und Histogenese des Ovarialkarzinoms. Ebenda.
Hancock, A Plea for the Correction of Uterine Displacements. Med. Rec., Nr. 10.
Schaeffer, Über das Alter des Menstruationsbeginnes. Archiv f. Gyn., Bd. LXXXIV, H. 3.
Liepmann, Ein gynaekologisches Phantom. Ebenda.
Waldo, Reports of Cases of Procidentia Uteri Upon. The Post Graduate, 1908, Nr. 2.
West, The Prophylaxis and Treatment of Prolapse of the Uterus. Ebenda.
Neumann, Über die Behandlung der mit entzündlichen Krankheiten des Beckens komplizierten Fibrome. Budapesti orvosi Ujság., 1908, Nr. 5, Beilage.
Szili, Ovarialabszeß durch Koliinfektion. Ebenda.
Szili, Läsion der Vagina und Sepsis nach Koitus. Budapesti orvosi Ujság, 1908, Nr. 7.
Kiolin, Retrodeviation of the Uterus and Treatment by Shortening the Round and Sacrouterine Ligaments. Med. Record, Nr. 11.
Monturiol, La blenorragia en las niñas. Archivos de Ginec., Obstetr. y Ped., Nr. 4.
Cordaro, Marsupializzazione o sutura dei tumori cistici degli annessi uterini non radicalmente operabili? La Rass. d'Ostetr. e Ginecol., Nr. 3.
Flatau, Zur Sterilisation der Gummihandschuhe. Münchener med. Wochenschr., Nr. 13.
Sehlbach, Aufhören der Menses bei Angina. Ebenda.
Boldt, Progress in Gynaecology from a Clinical Viewpoint. New York Med. Journ., Nr. 12.
Rauscher, Funktionelle Resultate der Ureter-Blasenanastomose. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. 61, H. 3.
Berka, Zur Frage sogenannter Psoriasis uteri. Ebenda.
Holzbach, Vergleichend-anatomische Untersuchungen über die Tubenbrunst und die Tubenmenstruation. Ebenda.
Blumenthal, Erwiderung auf: „Die praktische Verwertbarkeit der Leukozytenbestimmung für die Diagnose entzündlicher Erkrankungen des weiblichen Genitale" von H. Albrecht. Ebenda.

Geburtshilfe.

Krausz, Die Dührssensche Uterovaginaltamponade. Med. Blätter, 1908, Nr. 10.
Cubasch, Wehenschwäche und Vibrationsmassage. Korr.-Blatt f. Schweizer Ärzte, 1908, Nr. 5.
Wiemer, Die Decapsulatio renum nach Edebohls in der Behandlung der Eklampsie. Monatsschrift f. Geburtsh. u. Gyn., H. 3.
Endelmann, Eine seltene Indikation zum Kaiserschnitt und einige Bemerkungen über Fritschs Operationsmethode. Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 11.
Bauer, Geburt eines ungewöhnlich großen Kindes unter ungewöhnlichen Umständen. Ebenda.
Rindfleisch, Dammschutz bei Geburten. Ebenda.
Jardine, Hebotomy or Pubiotomy. The Journ. of Obstetr. and Gyn. of the Brit. Emp., 1908, Nr. 3.
Tate, Case of Tubo-Abdominal Gestation. Ebenda.
Smith, Lithopaedion, Retained 15 Years. Ebenda.
Jardine, Symphysiotomy Performed Three Times on the Same Patient. Ebenda.
Jardine, A Case of Gangrene of the Leg from Thrombosis during Pregnancy. Ebenda.
Kedarnath Das, Low Implantation of Placenta with Tough Membranes, Causing Prolonged First Stage of Labour in Primiparae. Ebenda.
Balloch, Hematuria in Pregnancy. Surg., Gyn. and Obst., 1908, Nr. 3.
Mc. Murtry, The Treatment of Fibroid Tumors complicated by Pregnancy. Ebenda.
Steele, Stab Wound of Fetus in Utero. Ebenda.

Zamorani, Albuminuria gravidica recidivante. L'Arte Ostetr., 1908, Nr. 5.
Weymeersch, Trois cas de dilatation instrumentale du col utérin. Bull. de la Soc. Belge de Gyn. et d'Obstétr., 1908, Nr. 4.
Ferroni, Considerazioni su cinque casi di pubiotomia. Ann. di Ostetr. e Gin., 1908, Nr. 2.
Lerda, La cura chirurgica delle stenosi pelviche mediante l'allargamento permanente del bacino. Ebenda.
Costa, L'insufficiente reazione deciduale come causa di interruzione della gravidanza. Ebenda.
Kaufmann, Eine Fingerkurette zur Entfernung von Abortusresten. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 12.
Cragin, Recent Advances in Obstetrics. Amer. Journ. of Obstetr., March 1908.
Mc. Donald, The Diagnosis of Early Pregnancy. Ebenda.
Humpstone, Dystocia form Ventral Fixation. Ebenda.
Bell, Puerperal Hemorrhage. Ebenda.
Wallich, La dilatation stationnaire de l'orifice utérin au cours du travail. Ann. de Gyn. et d'Obstétr., Mars 1908.
Osterloh, Die Behandlung der Eklampsie. Münchener med. Wochenschr., Nr. 11.
Veit, Anzeigepflicht beim Kindbettfieber. Inaug.-Diss., Halle, Februar 1908.
Schlumberger, Einfluß des Credéschen und des exspektativen Verfahrens auf die Nachgeburt und das Wochenbett. Inaug.-Diss., Straßburg, Februar 1908.
Scholly, 5 Fälle von Polyhydramnion bei eineiigen Zwillingen. Ebenda.
Kleffel, Rupturierte Extrauteringravidität. Ebenda.
Garkisch, Über sekundäre Abdominalgravidität. Prager med. Wochenschr., Nr. 12.
Storer, The Surgical Treatment of Varions Conditions as Influenced by Pregnancy. The Boston Med. and Surg. Journ., Nr. 10.
Pooley, The Induction of Premature Labor in Amaurosis and Amblyopia, in Connection with the Albuminuria of Pregnancy. Amer. Journ. of Surg., Nr. 3.
Stein, The Operative Tendencies in Modern Obstetrics. New York Med. Journ., Nr. 10.
Horsley, Perinephritic Abscess Following Parturition. The Journ. of the Amer. Med. Assoc., Nr. 10.
Wasenius, Experimentelle Untersuchungen über die Uteruskontraktionen bei der Geburt sowie über den Einfluß des Äthers und des Morphiums auf dieselben. Archiv f. Gyn., Bd. LXXXIV, H. 3.
Labhardt, Die Extraktion nach Deventer-Müller. Ebenda.
Srdinko, Das Geschlechtsverhältnis bei den Geburten in Österreich. Ebenda.
Zangemeister, Über die Ausscheidung der Chloride in der Schwangerschaft, spez. bei Nephritis gravidarum. Ebenda.
Bogdanovics, Folgen einer Curettage in puerperio. Orvosi Hetilap, 1908, Nr. 4.
Rotter, Sectio caesarea vaginalis an einer Moribunden. Orvosok Lapja, 1908, Nr. 5.
Fejér, Über den Einfluß der Schwangerschaft und Geburt auf die Augenkrankheiten. Budapesti orvosi Ujság, 1908, Nr. 5, Beilage.
Bäcker, Schwangerschaft im fibromatösen Uterus. Ebenda.
Rotter, Beiträge zur Behandlung der puerperalen Eklampsie. Gyógyászat, 1908, Nr. 6.
Szabó, Bemerkungen zur Asepsis in der Geburtshilfe. Gyógyászat, 1908, Nr. 9.
Vidéky, Amaurosis in der Schwangerschaft. Budapesti orvosi Ujság, 1908, Nr. 10.
Hofbauer und Weiß, Photographische Registrierung der fötalen Herztöne. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 13.

Aus Grenzgebieten.

Blumenthal, Valeur séméiologique de l'examen du sang en gynécologie et en obstétrique. Bull. de la Soc. Belge de Gyn. et d'Obst., 1908, Nr. 4.
Axmann, Licht als Desinfiziens. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 12.
Kehrer, Experimentelle Untersuchungen über die Wirkung der Mutterkornpräparate. Arch. f. Gyn., Bd. LXXXIV, H. 3.
Kehrer, Der Einfluß der Galle auf die Uterusbewegungen. Ebenda.
Mandl, Über das Epithel im geschlechtsreifen Uterus. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 13.
Brewitt, Zur Behandlung der Oberarmbrüche Neugeborener. Ebenda.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: **Dr. Oskar Frankl.**

Herausgeber, Eigentümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg.**

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

GYNAEKOLOGISCHE RUNDSCHAU.

ZENTRALORGAN
FÜR
GEBURTSHILFE UND FRAUENKRANKHEITEN.

II. Jahrg. 1908. 12. Heft.

Original-Artikel.

Aus der Privatfrauenklinik von Dr. F. Heinsius.

Zur Frage der Rezidive der Pseudomucinkystome.

Von **F. Heinsius**, Frauenarzt in Schöneberg-Berlin.

In seinem Referate über die Metastasen des Pseudomucinkystoms äußerte sich Pfannenstiel auf dem 11. Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gynaekologie dahin, daß echte Metastasen bisher nicht beschrieben worden sind. Was man gesehen hat, waren entweder umschriebene Cysten am Peritoneum sowie im Netz und Mesenterium oder das Pseudomyxoma peritonei.

Metastasen der ersteren Art sind nichts anderes als vom Peritoneum umkapselte und zu Cysten ausgewachsene Pseudomucinzellenkomplexe, welche durch spontane Geschwulstruptur in den Bauchraum gelangt sind.

Diese Art der Metastasen wird als selten bezeichnet. Pfannenstiel selbst sah nur 2 Fälle und auch sonst sind die Angaben über diese Art der Metastasierung in der Literatur nur spärliche.

Hofmeier äußerte sich in seinem an gleicher Stelle erstatteten Referate dahin, daß in den wenigen Fällen von Metastasen auf dem Peritoneum es sich „um kleinste, zum Teil nur durch das Mikroskop als solche erkennbare Implantationen handelte, welche mit Ausnahme von zwei Beobachtungen niemals weitere Erscheinungen machten".

Auch Pfannenstiel äußerte sich dahin, daß die klinische Bedeutung dieser Fälle nicht groß zu sein scheint.

Unter diesen Gesichtspunkten dürfte der folgende, von mir beobachtete Fall von Darmtumor nach vorangegangener Operation wegen Pseudomucinkystom von Interesse sein.

Ein 19jähriges Mädchen, das bereits längere Zeit an starker Ausdehnung des Leibes gelitten hatte, erkrankte plötzlich an einer Bauchfellentzündung. Nach wochenlangem Krankenlager wurde sie auf Rat ihres Hausarztes nach der Greifswalder Frauenklinik überführt und daselbst eine rechtseitige abdominale Ovariotomie ausgeführt.

Der Befund vor der Operation war damals: Hymen erhalten, Scheide eng, virginell. Portio hochstehend, nahe der Symphyse. Uterus anteflektiert, klein. Der Douglas vorgewölbt durch einen fluktuierenden Tumor, der die ganze Bauchhöhle bis über Nabelhöhe ausfüllte. Bei der Operation wurde ein Längsschnitt bis oberhalb des Nabels von der Symphyse an gemacht und ein großer polycystischer, rechtseitiger Ovarialtumor von teilweise wabigem Bau mit schleimigem Inhalt entfernt. Die Heilung verlief ohne Besonderheiten.

Nach der Operation fühlte sich die Kranke zunächst vollkommen wohl. Die Periode verlief regelmäßig, ohne Schmerzen.

$2^1/_4$ Jahre nach der Operation wurde bei der Kranken nach ihrer Angabe wiederum ein Tumor gefunden, und zwar in der linken Seite ein solcher von Apfelgröße. Die Kranke kam $^1/_4$ Jahr später, also $2^1/_2$ Jahre nach der Operation, hier in Berlin in meine Behandlung.

Bei der damals von mir vorgenommenen Untersuchung fand ich: Gut geheilte Laparotomienarbe von der Symphyse bis über den Nabel reichend. Uterus klein, retroflektiert. Die Gegend der rechten Adnexe vollkommen zart, ohne alle Druckempfindlichkeit. In der Gegend der linken Adnexe liegt ein nicht ganz faustgroßer, sich cystisch anfühlender, gestielter, sehr beweglicher Tumor, der von mir wegen seiner Lage als Ovarialtumor angesprochen wird.

Da Kranke sich absolut wohl befand, riet ich zunächst mit Rücksicht auf die Jugend der Kranken, unter der Voraussetzung dauernder ärztlicher Kontrolle, abzuwarten.

Mitte November 1905, 33 Monate nach der erwähnten Operation, erkrankte die Patientin nach Bericht des behandelnden Arztes an häufig auftretenden Schmerzen im Unterleibe, die sie, da gleichzeitig Obstipation bestand, auf Diätfehler zurückführte. „Die Untersuchung ergab eine recht erhebliche Druckempfindlichkeit in der linken Unterbauchgegend, wo der Tumor als eine ebenfalls schmerzhafte Geschwulst fühlbar war, anscheinend jedoch nicht gegen früher vergrößert. Temperatur 38° und belegte Zunge, jedoch im übrigen gutes Allgemeinbefinden."

Diese Erscheinungen gingen in der Folge wiederum zurück; jedoch erholte sich die Patientin nicht recht von ihrer Erkrankung. Nebenbei bemerkte sie, daß aus dem Mastdarm andauernd reichlich Schleim sich entleerte.

Als sich die Kranke im Januar 1906 mir wiederum vorstellte, sah dieselbe bleich und abgemagert aus. Der linkseitige Tumor war erheblich gewachsen und schmerzhaft. Die Kranke selbst machte jetzt die Angabe, daß sie die Geschwulst deutlich fühle, und dieselbe ihr oft Schmerzen bereite.

Da ich nunmehr ein längeres Zuwarten für gefährlich hielt, drang ich auf baldige Operation, die von mir am 18. Januar 1906 vorgenommen wurde:

Die Untersuchung in Narkose ergab nichts neues. Es wurde ein Schnitt bis handbreit über der Symphyse median in der alten Narbe gemacht. Bei der Eröffnung der Bauchhöhle präsentiert sich links der getastete Tumor, über den eine Darmschlinge hinweggeht. Nach Hervorziehen des Uterus zeigt sich, daß rechts einige peritonitische schleierförmige Adhäsionen von dem Ligamentum latum nach allen Richtungen hingehen. Tube und Ovar fehlen. Links liegt, durch einige Adhäsionen dem Ovar aufliegend, der erwähnte Tumor. Nachdem derselbe von einigen Verwachsungen befreit ist, zeigt sich, daß das linke Ovar nur wenig durch einen sprungreifen Follikel vergrößert ist, im übrigen keine Besonderheiten bietet. Der Tumor entpuppt sich zu meiner Überraschung als eine apfelgroße Geschwulst der Flexura sigmoidea.

Es wird nunmehr in der Bauchhöhle nachgetastet, ob sich irgendwo ähnliche Geschwülste oder vergrößerte Drüsen finden, jedoch nirgends irgend etwas anormales gefunden. Nur in nächster Nähe der Geschwulst erschienen einige Mesenterialdrüsen vergrößert. Mittelst Doyenscher, mit Mull umwickelter Klemmen wird die Flexur nunmehr abgeklemmt, vor die Bauchwunde gelagert und nach Abstopfen der Bauchhöhle mit Darmtüchern der Teil des Darmes, der dem Tumor anliegt, zusammen mit dem Mesenterium, soweit als die Drüsen zu tasten waren, herausgeschnitten. Abklemmen und isolierte Unterbindung dreier spritzender Mesenterialgefäße. Naht des Mesenterium mit fortlaufendem Catgutfaden. Darmnaht durch alle drei Schichten des Darmes mit Seide, teils fortlaufend, teils durch Knopfnaht. Darüber seroseröse Naht mittelst Catgut durch Knopfnähte. Schluß der Bauchhöhle mittelst typischer Etagennaht.

Der Verlauf war vollkommen fieberfrei und glatt. Im Dezember 1906 hatte die Kranke 25 Pfund zugenommen. Das Allgemeinbefinden ist ausgezeichnet. Die Narbe zeigt keine Besonderheiten. Der Uterus, der nach der Operation im Retroflexion lag, liegt jetzt in Mittelstellung, etwas nach rechts hingezogen. Irgendwelche Geschwulstteile sind nirgends zu tasten. *)

---

*) Anmerkung bei der Korrektur: 2 Jahre nach der Operation befindet sich Kranke vollkommen wohl und zeigt keine Erscheinungen einer abermaligen Erkrankung.

Das Präparat besteht aus Dickdarm in einer Länge von 13—14 *cm*, dem Tumor, der etwa die Größe eines Borsdorfer Apfels hat, und anliegendem Mesenterium. Nachdem der Darm der Länge nach über dem Tumor aufgeschnitten ist, zeigt sich, daß die Geschwulst weit in die Darmhöhle wie ein breitbasiger Polyp hineinragt, so daß dieselbe erheblich eingeengt wird. Der Tumor ist von kugeliger Gestalt und mißt der Länge nach 6, der Breite nach 5 und der Höhe nach 6 *cm* (im gehärteten Zustande). Seine Oberfläche ist unregelmäßig, höckerig, im übrigen glatt. Die dicke hochrote Darmschleimhaut ist dort, wo der Tumor mit seinen Rändern unter ihr liegt, abgeplattet. Sie geht auf den Tumor über, wird jedoch gegen die Höhe desselben hin dünner und nimmt eine blassere Farbe an. Auf der Spitze des Tumors finden sich mehrere kleine, von Schleimhaut entblößte Stellen.

Ein Schnitt wird in der Längsrichtung des Darmes durch den prallelastischen Tumor gelegt, so daß derselbe halbiert wird. Beim Durchschneiden spritzt in weitem Bogen eine schleimig-schmierige Flüssigkeit aus demselben heraus. Der Tumor zeigt deutlich wabigen, aus großen und kleineren Kammern bestehenden Bau, der lebhaft an den Bau eines polycystischen Ovarialtumors erinnert. Dieser Bau tritt nach Härtung des Präparates in Kaiserlingscher Flüssigkeit noch mehr hervor. Der Tumor liegt, wie sich jetzt sehen läßt, mit seinem größten Teile, zirka zwei Drittel, unterhalb der deutlich erkennbaren Darmmuskulatur, also im Mesenterium des Darmes. Die Darmmuskulatur hört an der Stelle, an welcher die Geschwulst das Niveau des Darmes überragt, plötzlich auf. Der Tumor ist von einer Kapsel umgeben, die bis auf den in das Darmlumen hineinragenden Teil der Geschwulst ziemlich dick ist. Aus dieser Kapsel läßt er sich bis auf die Stelle, welche in den Darm hineinragt, leicht herausschälen. An dieser Stelle ist auch auf dem Querschnitt erkennbar, wie die Darmschleimhaut, nach der Kuppe hin immer atrophischer werdend, die Geschwulst überzieht. Die Cysten des Tumors erscheinen nach der Radix mesenterii hin größer als nach dem Darmlumen hin.

Zur mikroskopischen Untersuchung wurden aus dem in den Darm ragenden Teil der Geschwulst Scheiben in der Weise herausgeschnitten, daß die Darmschleimhaut bei ihrem Übergange auf die Geschwulst mitgetroffen wurde. Die nach Einbettung in Zelloidin in der üblichen Weise gewonnenen Schnitte bieten unter dem Mikroskop folgendes Bild dar:

Die Geschwulst setzt sich zusammen aus einer Menge verschiedenartig gestalteter teils runder, teils ovaler, teils in die Länge gezogener und spaltförmiger größerer und kleinerer Hohlräume, die in ein von Leukozyten reichlich durchsetztes Bindegewebe eingebettet sind. Die Cysten sind in der Mehrzahl von hohem, palisadenartig angeordnetem Zylinderepithel, dessen Kerne längsgestellt an der Basis liegen, ausgekleidet. Nach dem Cystenraume hin nimmt das Protoplasma eine hellere Färbung an. Hier sieht man deutlich die Bildung von Schleimklümpchen innerhalb der hohen Zellen, die, je höher die Zellen sind, desto mehr zunimmt. In einzelnen dieser Zellen findet sich durch eine Schleimkugel der Kern wie ein Halbmond an die Wand gedrückt. Diese Zellen haben mehr runde Form angenommen und sind im Begriff, nach dem Innern der Cyste hin abgestoßen zu werden. Indessen finden sich die soeben geschilderten Zellen nicht überall in derselben Form vor. Man sieht deutlich, wie sie an anderen Stellen niedriger, kubisch, ja flach werden. Die Übergänge sind deutlich nachweisbar. Vielfach bilden ungewöhnlich hohe zylindrische Zellen papilläre Einstülpungen in das Innere einer Cyste. An anderen Stellen finden sich auch Ausstülpungen in das Bindegewebe hinein und Tochtercysten. Nirgends ist jedoch eine Mehrschichtigkeit

dieses Epithels vorhanden. An manchen Stellen sind die Cysten scheinbar epithellos. Hier sind die Epithelien durch eine Unmenge von Leukozyten ersetzt, die zuweilen die ganze Wand der Zyste überschwemmt haben und diese selbst ausfüllen. Den Beginn dieser Einwanderung durch das hohe Zylinderepithel hindurch kann man an verschiedenen Stellen deutlich wahrnehmen.

In den nach dem Darm hin gelegenen Teilen der Cystenwände sieht man zuweilen kleine Blutungen. Die Cysten selbst sind von einer Detritusmasse erfüllt, die vielfach von Leukozyten durchsetzt ist. Vielfach lassen sich kleinere und größere Schleimklümpchen deutlich im Innern der Cysten erkennen.

Über der Geschwulst liegt Darmschleimhaut, die sehr schön alle typischen Bestandteile, Längs- und Ringmuskulatur, Submukosa, Muskularis, Solitärfollikel und die Drüsen des Darmes erkennen läßt. Der Bau dieser Drüsen ist ein ganz typischer. Hohe Zylinderzellen, zum größten Teil typische Becherzellen bilden die deutlich tubulösen Drüsen. Von den Zellen des Tumors sind diese Zellen durch ihre Größe, Breite, ihr gleichmäßiges Aussehen, die homogen glasige Farbe ihres Protoplasmas, die geringere Länge ihrer Kerne und schließlich ihre differente Färbbarkeit aufs deutlichste zu unterscheiden.

An der Stelle, an welcher der Tumor die Schleimhaut durchbrochen hat, hört zunächst die Muskularis des Darmes ziemlich plötzlich auf. Es liegt nunmehr nur die Mukosa des Darmes dem Tumor auf. Eine reichliche Rundzelleninfiltration macht sich neben Blutungen bemerkbar, die gewissermaßen die vordringenden Tumorelemente abwehren. Von dieser Infiltration wird schließlich auch an der Grenze des Aufhörens der Mukosa diese erfüllt; auch sie schwindet und man sieht nun vereinzelte, stark ödematöse Tumorelemente ohne jede Schleimhautbedeckung.

Wir haben es also mit einem Tumor zu tun, der einem Ovarialtumor, und zwar einem Pseudomucinkystom nach Form und Bau seiner Elemente und Inhalt vollkommen ähnlich sieht. Es war nunmehr von Wichtigkeit, über den Bau des seinerzeit entfernten Ovarialtumors genaue Aufschlüsse zu erhalten.

Auf eine Anfrage dieserhalb und betreffs näherer Angaben über die Operation, an der ich seinerzeit in Greifswald als Assistent der Universitätsfrauenklinik und der Professor Martinschen Privatanstalt teilgenommen hatte, wurde mir von Kollegen Jung im Auftrage von meinem ehemaligen Lehrer Herrn Professor A. Martin noch folgendes in liebenswürdigster Weise mitgeteilt:

Bei der am 26. Februar 1903 vorgenommenen Operation bestanden Verwachsungen der Geschwulst mit Netz, Därmen und der Parietalserosa der vorderen Bauchwand sowie der Excavatio rectouterina. Eine Stieltorsion war nicht vorhanden; auch keine Berstung. Es steht jedoch in der Krankengeschichte notiert, daß der Tumor angestochen und viel von dem Inhalt in die Bauchhöhle geflossen war, von wo er nur durch vieles Tupfen mit Mühe entfernt werden konnte. In der Cyste fanden sich 5 Liter Inhalt.

Die sofort nach der Operation gestellte pathologisch-anatomische Diagnose lautete „Pseudomucinkystom". Der Balg ist nach dreijähriger Konservierung noch mannskopfgroß, besteht aus einer großen Hauptcyste und einem mehr soliden, in Wirklichkeit aus vielen kleinen Cystchen zusammengesetzten Teil. Bei einer Nachuntersuchung am 17. August 1905 wurde von A. Martin auch das linke Ovarium erkrankt gefunden, also dieselbe irrtümliche Diagnose wie von mir gestellt.

Außer diesen sehr wertvollen Angaben verdanke ich der Liebenswürdigkeit Jungs noch die Übersendung einer Reihe von Stücken des Ovarialtumors, die er mir aus demselben herausschnitt.

Diese Stücke zeigen nun, wenn man sie neben die Schnittfläche des Darmtumors legt, bereits makroskopisch genau denselben wabigen Bau wie diese Geschwulst. Mikroskopische Präparate, die von mir aus diesen Stücken angefertigt wurden, ergaben, daß es sich hier um ein typisches Pseudomucinkystom handelt. Abgesehen von einigen nekrotischen Partien, die mehr weniger die Färbung nicht angenommen haben, sieht man innerhalb eines ödematösen, von zahlreichen Blutgefäßen durchsetzten, von Ovarialstroma gebildeten, kleinzellig infiltrierten Grundgewebes größere und kleinere Hohlräume unregelmäßiger Gestalt. Diese Hohlräume sehen den oben geschilderten teilweise absolut ähnlich. Ihre Auskleidung zeigt ebenfalls alle Übergänge von hohen Zylinderzellen mit wandständigem langem Kern und hellem Protoplasma zu kubischen und fast endothelartigen Zellen.

Einzelne Zellen sind ebenfalls durch eine Schleimkugel derart angefüllt, daß der Kern halbmondförmig an der Basis abgeplattet ist und die Zelle kugelig wird. Diese Zellen werden scheinbar auch hier in das Innere der Cyste abgestoßen.

Reichlicher als im Bilde des Darmtumors ist die Bildung von Papillen und von Falten in der Wandauskleidung; diese Bildung ist oft derartig ausgedehnt, daß eine Reihe kleinster Hohlräume mit nur geringem Stromazwischenraum siebartig nebeneinander zu liegen scheinen. Auch hier findet sich nirgends eine Mehrschichtigkeit. Der Inhalt der Cysten ist derselbe wie der der Cysten des Darmtumors.

Es besteht also nach alledem eine vollkommene Analogie beider Tumoren hinsichtlich des makroskopischen und mikroskopischen Baues derselben. Der Darmtumor sowohl wie der Ovarialtumor haben den Bau eines Pseudomucinkystoms oder, wenn man die hierher gehörigen Tumoren von einem einheitlichen Standpunkte aus betrachtet, den Bau eines Teratoma ectodermale.

Es ergeben sich nun folgende Fragen: Ist der Darmtumor ein selbständiges Gebilde und die Entwicklung desselben also gewissermaßen zufällig, ohne Beziehung zu der früheren Existenz des Ovarialtumors vor sich gegangen, d. h. haben wir es mit einer multiplen Geschwulstentwicklung zu tun? Oder steht der Darmtumor in einem gewissen genetischen Zusammenhang mit dem Ovarialtumor und wie läßt sich dieser alsdann erklären?

Für den Fall, daß man annimmt, daß der besagte Tumor sui generis an seinem Sitze entstanden ist, müßte es entweder ein Tumor des Mesenterium oder des Darmes sein. Gutartige Adenome des Darmes pflegen sich aber nicht nach dem Mesenterium, sondern nach der Höhle des Darmes hin zu entwickeln, während dieser Tumor offenbar im Mesenterium entstanden und erst sekundär nach dem Darm hin durchgebrochen ist.

Die Annahme eines solitären Mesenterialtumors oder die eines versprengten Keimes, der sich zu der Geschwulst entwickelt hat, ist so gekünstelt und unwahrscheinlich, daß es näher liegt, einen gewissen Zusammenhang beider Tumoren anzunehmen. Die Erklärung ist freilich nicht so ganz einfach, da sich die Geschwulst weder am anderen linken Ovarium, noch an der Seite der ursprünglichen Geschwulst, sondern an der etwas ungewöhnlichen Stelle des Mesenteriums der Flexura sigmoidea entwickelt hat.

Da die gleichzeitige Entwicklung einer gleichartigen Geschwulst an diesen beiden Stellen sehr ungewöhnlich ist, wohl auch kaum bei der ersten Operation übersehen worden wäre, so glaube ich die Erklärung in folgenden Angaben über die erste Operation suchen zu dürfen: „Es bestanden Verwachsungen des Tumors mit Netz, Därmen und Parietalserosa der vorderen Beckenwand sowie der Excavatio rectouterina.

Ferner wurde der Tumor zwecks Verkleinerung angestochen, wobei viel von dem Inhalt in die Bauchhöhle floß."

Die hieraus sich ergebende Möglichkeit, daß bei dem Anstechen der Geschwulst von dem herausfließenden Inhalte sich gerade ein Teil an der bezeichneten Stelle implantiert hat, ist wohl möglich, aber nicht sehr wahrscheinlich, da wir alsdann viel eher vermuten würden, daß in den tiefer liegenden Teilen des Peritonealraumes, dem Douglasschen Raume, oder auf Tube und Ovar der anderen Seite eine Metastasierung, und zwar eine multiple erfolgt wäre. Auch ist das Ereignis des Berstens der Tumoren bei der Operation wohl recht häufig, ohne daß sich dementsprechend in der Literatur Berichte über dabei erfolgte Implantationsmetastasen finden.

Viel wahrscheinlicher erscheint es mir, daß bei der ersten Operation die Flexura sigmoidea über dem sehr großen Tumor gelegen hat und mit demselben verwachsen war. Beim Lösen ist ein vielleicht minimaler Teil der Wand der Geschwulst am Mesenterium hängen geblieben. Hier bestand dann wohl auch eine beim Lösen entstandene kleine Wunde, so daß schließlich dieser kleine Geschwulstrest einheilen und später sich weiter entwickeln konnte.

In diesem Sinne würde unsere Geschwulstmetastase einer ähnlichen Stufe wie die Bauchnarbenrezidive bei Pseudomucinkystom angehören, bei denen in drei Fällen nach Pfannenstiel die gleiche gutartige Beschaffenheit wie im Primärtumor festgestellt worden ist (Olshausen, Baumgarten, Tannen).

Auffällig ist vielleicht das Wachstum der Geschwulst nach dem Darm hin und der schließliche Durchbruch desselben. Ich möchte jedoch darauf hinweisen, daß sich einzelne Mitteilungen von Durchbruch von Pseudomucinkystom nach dem Darm hin resp. von Bildung von Kotfisteln nach Operation solcher Tumoren finden.

Davon abgesehen, nehme ich an, daß in unserem Falle die Geschwulst sich zunächst innerhalb der beiden Mesenterialblätter des Mesokolon nach der Seite des geringsten Widerstandes, d. h. nach dem Darm hin, da hier die beiden Blätter des Mesokolon, welche die Flexur einhüllen, auseinander weichen, entwickelt hat. Nachdem sie bis unter das Darmrohr gelangt ist, ist die weitere Entwicklung wohl zunächst, den vorhandenen Bindegewebs- und Saftspalten folgend, vor sich gegangen und schließlich gewissermaßen auf mechanischem Wege infolge Raumbeschränkung die Muskularis an irgend einer Stelle auseinander gewichen. Der Durchbruch nach dem Darmlumen selbst war infolge der durch den Tumor in der Mukosa hervorgerufenen Entzündungserscheinungen alsdann ein leichtes.

Unser Fall lehrt, daß in seltenen Fällen auch gutartige isolierte Metastasen von Pseudomucinkystomen im Bauchraum erhebliche klinische Erscheinungen machen können, obwohl es sich hierbei um pathologisch-anatomisch absolut gutartige Geschwülste handelt, wie von Hofmeier und Pfannenstiel auf dem Kongresse in Kiel wiederholt betont wurde.

Diagnostisch ist der Irrtum einer Verwechslung von Tumor der Flexura sigmoidea und Ovarialtumor von Wichtigkeit. Es scheint nach einer in der Berliner gynaekologischen Gesellschaft stattgehabten Diskussion (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., LIX, pag. 367) sowie nach dem Vortrage Albrechts über die Beziehungen der Flexura sigmoidea zum weiblichen Genitale in der Münchener gynaekologischen Gesellschaft (Monatsbl. f. Geb. u. Gyn., XXVI, Heft 3, pag. 489) zu urteilen, dieser Irrtum nicht selten vorzukommen, so daß man bei linkseitig diagnostiziertem Ovarialtumor stets an die Möglichkeit einer Verwechslung denken sollte.

Unser therapeutisches Handeln kann durch eine so außerordentlich seltene Erfahrung wie die eben geschilderte nur insofern beeinflußt werden, als wir uns bemühen müssen, die Tumorwand bei derartigen Geschwülsten bei bestehenden Adhäsionen möglichst in toto zu entfernen. Die Frage, ob Ovarialtumoren vaginal oder abdominal operiert werden sollen, ob sie angestochen werden dürfen oder nicht, muß nach wie vor, da hier noch andere Gesichtspunkte in Frage kommen, von Fall zu Fall entschieden werden.

Vielleicht lassen sich manche Fälle, die scheinbar durch Dissemination rezidiviert sind, bei näherer Betrachtung in ähnlicher Weise erklären.

Aus der gynaekologischen Abteilung der Krankenanstalt Magdeburg-Sudenburg. (Oberarzt: Sanitätsrat Dr. Thorn.)

Zwei Fälle von Scheidenverletzung sub coitu.

Von Dr. **Alb. Müller**, Assistenzarzt.

Seit geraumer Zeit haben die Koitusverletzungen der Scheide teils in ätiologischer Beziehung, teils wegen ihrer forensischen Bedeutung das Interesse des Gynaekologen und Gerichtsarztes in Anspruch genommen. Wiederholt wurde von gynaekologischer Seite darauf hingewiesen, daß beim geschlechtsreifen Weibe, dessen Scheide keinerlei pathologische Veränderungen aufweise, eine ausgedehnte Verletzung derselben infolge geschlechtlichen Verkehrs ein sehr seltenes Vorkommnis sei, daß vielmehr häufiger, um die Kohabitation zu ermöglichen, dieser künstliche Manipulationen, z. B. Dehnungen mit den Fingern, mit Instrumenten oder dergleichen vorausgegangen sind oder sie begleitet haben, so daß diese dann als die wirkliche Ursache der Läsion angesehen werden müssen. Ferner ist nach Schüleins Ansicht die Möglichkeit nicht ausgeschlossen daß die Frauen sich selber diese Verletzungen mit irgendwelchen Dingen bei onanistischen Manipulationen zugefügt haben, und dann aus Scham, dies einzugestehen, den Koitus als Ursache hierfür angeben. Auch vom forensischen Standpunkte aus wird die Häufigkeit der infolge von Koitus entstandenen Vaginalverletzungen angezweifelt, worauf namentlich Hofmann in seinem Lehrbuch der gerichtlichen Medizin mit folgenden Worten hinweist: „Finden sich erhebliche Zerreißungen der Genitalien, insbesondere Rupturen der Vagina, so ist viel eher daran zu denken, daß dieselben auf andere Weise, namentlich durch gewaltsames Einbohren der Finger, als durch den Penis entstanden sind, da letzterem eine solche Kraftleistung nicht gut zugemutet werden kann.“ Eine ähnliche Ansicht wird von Maschka vertreten, der unter 248 Fällen von Notzucht nur fünf Genitalverletzungen feststellen konnte, die jedoch sämtlich ihren Sitz am Damm und im Introitus vaginae hatten, niemals jedoch zur Zerreißung der Scheidenwände resp. Gewölbe geführt hatten.

Wenn demnach auch eingeräumt werden muß, daß dieser oder jener publizierte Fall von Scheidenverletzung sub coitu nicht einzig und allein durch die Kohabitation hervorgerufen ist, so wird doch heute wohl niemand mehr auf Grund der bisher veröffentlichten einwandfreien Fälle an dem Vorkommen dieser Verletzungen zweifeln.

Ich möchte nun sowohl mit Rücksicht auf die relative Seltenheit, als auch namentlich wegen ihrer Ätiologie über 2 Fälle von Scheidengewölbeverletzungen durch Koitus berichten, welche im Sommer vorigen Jahres auf der hiesigen Abteilung zur Beob-

achtung kamen. In ätiologischer Beziehung dürften dieselben insofern von gewissem Interesse sein, als bei ihnen durch die gynaekologische Untersuchung Veränderungen nachgewiesen wurden, die wohl mit größter Wahrscheinlichkeit als prädisponierende Momente für die Verletzungen angesehen werden müssen. Bevor ich die beiden Krankengeschichten anführe, sei es mir gestattet, einige kurze Bemerkungen über die Ätiologie der Koitusverletzungen der Scheide zu machen. Bei Durchsicht der einschlägigen Literatur findet man in einer Anzahl von Publikationen die Bemerkung angegeben, daß bezüglich des Entstehungsmodus der Scheidenverletzungen keinerlei Momente vorhanden waren, die die Verletzung hätten begünstigen können. Es handelte sich um kräftige, vollkommen entwickelte, geschlechtsreife Individuen. Die so oft angeschuldigten dimensionalen Mißverhältnisse zwischen männlichen und weiblichen Geschlechtsteilen waren nicht vorhanden, es fehlte jeder Anhaltspunkt für etwaige pathologische Veränderungen der Scheidenwände sowie des übrigen Genitaltraktus; abnorme Stellungen der Verletzten während der Kohabitation, welche der Entstehung einer Ruptur hätten Vorschub leisten können, waren nicht eingenommen worden. Betrunkenheit eines oder beider Teilnehmer des Aktes bestand nicht. Als Ursache all dieser Scheidenverletzungen, bei denen also keine Anhaltspunkte für die Annahme eines kausalen Momentes gefunden werden konnten, muß der gesteigerte geschlechtliche Reizzustand der Kohabitierenden angesehen werden, worauf auch Warmann, Bohnstedt, Schaeffer u. a. aufmerksam gemacht haben.

Von diesen in ätiologischer Hinsicht nicht völlig klar gestellten Scheidenverletzungen sind diejenigen zu unterscheiden, deren Entstehungsursache auf mehr oder weniger deutliche Dispositionsmomente zurückzuführen ist. Die prädisponierenden Ursachen sind vorwiegend in den weiblichen Geschlechtsorganen selbst zu suchen. Es kommen in dieser Beziehung in Betracht die unentwickelten, infantilen sowie die klimakterischen, atrophischen Genitalien, ferner die angeborenen Mißbildungen — hierher gehören unter anderem Scheidenatresie, Scheidensepta, Vagina dupl., rudimentäre Scheidenbildung — und die erworbenen Verengerungen der Scheide nach Ätzungen, Verbrennungen usw. Weiter kann es sich handeln um Lage- und Gestaltsanomalien des Uterus, auf Grund derer sich abnorme Spannungsverhältnisse der Vaginalwandungen durch Verkürzung, Fixation, Verlegung des normalen Lumens herausbilden, die wieder ihrerseits während des Koitus die Veranlassung zum Scheidenriß geben können. Besonders günstige Bedingungen zur Entstehung einer Scheidenverletzung sub coitu schaffen abnorme Veränderungen in der Scheidenwand selbst, wie wir sie nach vaginalen Operationen, im vorgeschrittenen Stadium der Schwangerschaft und im Frühwochenbett zu sehen bekommen. Schließlich wird das Eintreten einer Vaginalruptur erleichtert durch bestehende oder bereits abgelaufene Entzündungsprozesse am Genitaltraktus, namentlich dann, wenn das Para- und Perimetrium durch die Entzündung in Mitleidenschaft gezogen ist. Es folgen die Krankengeschichten:

Fall 1. Die 24jährige Fabrikarbeiterin A. wird am 1. Juli 1907 auf Veranlassung des Arztes Dr. W. der Abteilung mit der Diagnose „Scheidenriß" überwiesen. Bei ihrer Aufnahme gibt die Patientin an, daß sie niemals geboren und abortiert habe, ihre Menses seien stets regelmäßig in vierwöchentlichen Intervallen aufgetreten. Vor etwa 3 Jahren habe sie an einer Unterleibsentzündung gelitten, weswegen sie mehrere Wochen lang ärztlich behandelt worden sei. Früherer geschlechtlicher Verkehr wird zugegeben. Am 29. Juni 1907 sei sie in der Fabrik von einem Arbeiter zu Boden geworfen und vergewaltigt worden. Sofort nach der Kohabitation habe sich frisches Blut in so reichlicher Menge aus der Scheide entleert, daß es ihr unmöglich gewesen sei, ihre Arbeit weiter fortzusetzen. Zu Hause angekommen, habe sie „im Blute geschwommen". Am Abend sei wegen der noch immer anhaltenden

starken Blutung von einer Hebamme die Scheide tamponiert worden. Die Tamponade sei jedoch im Laufe des nächsten Tages derart durchblutet gewesen, daß die Angehörigen sich veranlaßt gesehen hätten, ärztliche Hilfe in Anspruch zu nehmen. Der Arzt habe die Tamponade erneuert und ihr Krankenhausbehandlung angeraten.

Aufnahmebefund: Hochgradig anämisch aussehendes Mädchen in mäßigem Ernährungszustande. Puls frequent, Temperatur gesteigert. Lungen und Herz intakt, Abdomen weich, nicht druckempfindlich, äußere Genitalien ohne Besonderheiten, am Hymenalrande mehrere alte vernarbte Einrisse. Das bequem für zwei Finger wegsame Scheidenrohr ist fest mit blutig durchtränkten Jodoformgazestreifen ausgestopft. Diese werden vorsichtig entfernt.

Beim Ausräumen von größeren Blutkoagulis aus den hinteren Scheidenabschnitten stößt der untersuchende Finger im Laquear post. auf einen Gewebsdefekt, welcher die Scheidenwand in ihrer ganzen Dicke perforiert, und der sich eine kurze Strecke in das rechte Parametrium fortsetzt. Nach Entfaltung der Scheidenwände mittelst Simonscher Platten präsentiert sich dieser Defekt dem Auge als eine im rechten hinteren Scheidengewölbe quer verlaufende, leicht blutende Rißwunde von etwa 4 *cm* Länge und 1 *cm* Breite. Die Umgebung der Ruptur ist gerötet und in geringem Grade infiltriert. Im Douglas, dem hinteren Scheidengewölbe innig anliegend, fühlt man mehrere derbe perimetritische Stränge, die als Residuen eines abgelaufenen Entzündungsprozesses aufgefaßt werden. Der Uterus ist von normaler Größe und liegt in Anteversion. Die Adnexe erscheinen unverändert.

In Anbetracht der sehr mäßigen Blutung und der entzündlichen Gewebsveränderung in der nächsten Umgebung des Risses wird von einer Vernähung Abstand genommen; es werden tägliche Scheidenspülungen mit antiseptischer Flüssigkeit verordnet. Zugleich mit dem Temperaturabfall tritt in der Wunde eine lebhafte Granulationsbildung auf, die sich bereits bei der Entlassung der Patientin in eine ziemlich feste, unempfindliche Narbe umgewandelt hat.

Fall 2. Die 72 Jahre alte Witwe H. hat 8 normale Partus durchgemacht. Die Menopause ist vor 21 Jahren eingetreten, sie will niemals ernstlich krank, vor allem nicht unterleibsleidend gewesen sein. Am 30 Juli 1907 wurde die Patientin beim Holzsuchen im Walde von einem etwa 30jährigen, angetrunkenen Manne überfallen und vergewaltigt. Auf dem Wege nach Hause bemerkte sie eine erhebliche Blutung aus ihren Geschlechtsteilen, die während des Gehens derartig intensiv wurde, daß sie nur mit Mühe die Wohnung des Arztes erreichen konnte. Dieser schickte sie sofort ins Krankenhaus.

Aufnahmebefund: Bei der gut genährten Greisin. die nur geringe Zeichen von Anämie darbietet, finden sich keine wesentlichen Organveränderungen. Puls und Temperatur sind normal. Die Genitaluntersuchung hat folgendes Resultat: Es besteht ein alter, vernarbter Dammriß, die äußeren Geschlechtsteile entsprechen dem senilen Typus, die mit Blutgerinnseln angefüllte Vagina ist kurz, mäßig eng, die Scheidenschleimhaut glatt und atrophisch, die Scheidengewölbe erheblich abgeflacht. Im hinteren rechten Scheidengewölbe zieht ein schräg verlaufender, 3 *cm* langer, bei Berührung mäßig blutender Riß, der die Scheidenwandung durchtrennt, nicht aber auf das Parakolp resp. Parametrium übergreift. Der kleine atrophische Uterus liegt anteflektiert, die Adnexe und Parametrien sind ohne Besonderheiten. Unter täglichen Scheidenspülungen hat sich innerhalb von 8 Tagen der Riß bis auf eine etwa $^3/_4$ *cm* lange, granulierende oberflächliche Wunde reaktionslos geschlossen. Die Patientin wird nach 10 Tagen völlig beschwerdefrei geheilt entlassen.

Wenn ich über den Entstehungsmodus der beiden beschriebenen Verletzungen noch einige Worte verlieren darf, so kann auf Grund des Genitalbefundes, wie ich ihn oben geschildert habe, wohl kein Zweifel darüber bestehen, daß in beiden Fällen Momente vorlagen, welche das Entstehen der Scheidengewölberuptur entschieden begünstigt haben. Aller Wahrscheinlichkeit nach hat in dem ersten Falle die vor 3 Jahren bestandene Unterleibsentzündung zur Bildung der festen perimetritischen Narbenstränge geführt; daß letztere, zumal wenn sie dem Scheidengewölbe unmittelbar aufliegen, die Scheidenwand in ihrer Form, Ausdehnungsfähigkeit und Beweglichkeit erheblich beein-

trächtigen, liegt wohl klar auf der Hand; hierzu kommt noch der Umstand, daß sich infolge des früheren Entzündungsprozesses sehr wohl histologische Anomalien — ich erwähne nur den Schwund der elastischen Fasern — in der Vaginalwand gebildet haben können, die das Eintreten der Fornixruptur noch erleichtert haben.

Was den zweiten Fall betrifft, so dürfte es wohl keinem Zweifel unterliegen, daß bei der 72jährigen Frau der senile Genitaltraktus als prädisponierende Ursache für die Verletzung angesehen werden muß. Infolge der senilen Scheideninvolution, die in erster Linie mit Schrumpfung und Verdünnung der Scheidenwandungen einhergeht, kommen bedeutende Verengerungen, Verkürzung des Scheidenrohrs und Verschwinden der Scheidengewölbe zustande. Wird hier der Koitus obendrein nicht lege artis, sondern wie in unserem Falle von einem angetrunkenen Manne mit gewisser Brutalität ausgeführt, so ist das Entstehen einer Verletzung unter diesen Umständen wohl begreiflich.

Zum Schluß möchte ich noch bezüglich der Lokalisation darauf hinweisen, daß sich beide Rupturen im rechten hinteren Scheidengewölbe vorfanden. Neugebauer macht in seiner zusammengestellten Kasuistik über Scheidenverletzungen sub coitu darauf aufmerksam, daß in der überwiegenden Mehrzahl der Fälle von Weichteilverletzungen sub coitu gerade die rechte Seite betroffen wird. Diese Erscheinung sucht er damit zu begründen, daß intra cohabitationem das passive Individuum, falls es aus irgend einem Grunde ausweichen will, sich stets nach seiner linken Seite zurückzieht resp. verschiebt, so daß der Impetus des Penis naturgemäß die rechtseitigen Scheidenpartien treffen muß.

Literatur: Hofmann, Lehrbuch der gerichtlichen Medizin, VII. Auflage. — Veit, Handbuch der Gynaekologie, I. Bd. — Zikmund, Wiener klin. Wochenschr., 1906, Nr. 4. — Schülein, Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaekol., XXIII, 1892. — Warmann, Zentralbl. f. Gyn., 1897, Nr. 24. — Schaeffer, Zentralbl. f. Gyn., 1900, Nr. 8. — Bohnstedt, Zentralbl. f. Gyn., 1901, Nr. 22. — Ostermayer, Wiener med. Wochenschr., 1895, Nr. 34. — Derselbe, Zentralbl. f. Gyn., 1901, Nr. 46. — Neugebauer, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., 1899, Bd. IX. — Frankl, Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XVIII, H. 6.

Bücherbesprechungen.

H. Fehling, „Die operative Geburtshilfe der Praxis und Klinik“ in 20 Vorträgen, mit 77 Abbildungen, 190 Seiten. Wiesbaden, J. F. Bergmann, 1908.

Dem für den Geburtshelfer in der Praxis bestimmten Buche muß schon deshalb eine besondere Bedeutung zuerkannt werden, weil es die erste übersichtliche Darstellung der operativen Geburtshilfe repräsentiert, welche den großen Wandlungen, die dieses Fach in neuester Zeit erfahren hat, in ausreichendem Maße Rechnung trägt und eine strenge Scheidung der bisher üblichen Methoden, welche vom Praktiker beherrscht werden müssen, von der „klinisch-chirurgischen“ Geburtshilfe durchführt, letztere jedoch gleichzeitig als eine Disziplin aufstellt, welche zur Verbesserung der Resultate notwendig ist und daher auch vom Arzte in der Praxis genau gekannt und angestrebt werden muß.

Im ersten Kapitel über Desinfektion, Instrumente, Narkose etc. wird die Bedeutung der Gummihandschuhe für den Geburtshelfer besonders gewürdigt und auch eine ausgedehntere Anwendung der Narkose bei operativen Geburten, wie sie in der Praxis noch immer nicht durchgegriffen hat, befürwortet.

Die Besprechung der operativen Maßnahmen bei Beckenendlagen und den übrigen „Schuloperationen“ hält sich im Rahmen der wohlfundierten und allgemein feststehenden Grundsätze. Den neueren Prinzipien entspricht bei der Abhandlung der Kraniotomie des lebenden Kindes der Hinweis auf die Beckenerweiterung und den Kaiserschnitt bei nicht bestehender Infektion.

Die Einleitung der Frühgeburt wegen engen Beckens läßt Fehling in Übereinstimmung mit seinen Ausführungen am Dresdner Kongreß zu Recht bestehen, jedoch mit einer Einschränkung der unteren Grenze in bezug auf Zeit und Konjugatamaß.

Bei der Abortusbehandlung zieht Fehling die Curette der Kornzange vor, indem er der Ansicht Ausdruck gibt, daß mit letzterem Instrumente der Uterus viel häufiger perforiert worden sei.

In den Kapiteln über die Hilfsoperationen wird der kombinierten äußeren und inneren Drehung des Schädels bei tiefem Querstand, wie sie vom Verfasser selbst angegeben wurde, besonders Erwähnung getan. Eine völlige Ablehnung für den Praktiker erfährt das Bossische Instrument.

Der zweite Teil des Fehlingschen Buches, welcher sich mit der klinisch-chirurgischen Geburtshilfe befaßt, bespricht zunächst in übersichtlicher Weise die verschiedenen Arten des Kaiserschnittes, wobei auch die vaginale Hysterektomie ihre Würdigung findet.

Im Kapitel über beckenerweiternde Operationen werden die Technik der Hebosteotomie und deren Indikationen, soweit bisher eine Einigung darüber erzielt ist, besprochen.

Die Annahme Fehlings, daß eine beckenerweiternde Operation keine bleibende Erweiterung zurücklasse, welche für eine spätere Geburt von Vorteil wäre, ist seither durch verschiedene Beispiele widerlegt. Ebensowenig glaubt Ref., daß es in solchen Fällen bei neuerlicher Schwangerschaft oft nötig sein wird, eine künstliche Frühgeburt einzuleiten.

In einem weiteren Kapitel werden die Komplikationen der Schwangerschaft und Geburt, wie sie durch benigne und maligne Geschwülste gegeben sind, besprochen, wobei Fehling für die Entfernung des operablen Karzinoms am schwangeren Uterus den vaginalen Weg vorzieht. Die übersichtliche Darstellung der Diagnose und Therapie der Extrauteringravidität entspricht den heute allgemein anerkannten Grundsätzen.

Bei Behandlung der eingetretenen kompleten Uterusruptur und Unmöglichkeit der Blutstillung durch Tamponade verlangt Fehling auch von dem Praktiker, wenn sich eine Krankenanstalt in der Nähe nicht findet, die Ausführung der Laparotomie, da gerade die Resultate der Kliniken durch die Schädigung, welche die Kranke durch einen längeren Transport erleidet, zu ungünstigen werden.

Nach Besprechung der Beckenmessung und des Einflusses, welchen das enge Becken auf Schwangerschaft und Geburt nimmt, folgt als letzter und aktuellster Abschnitt die Behandlung der Geburt bei engem Becken. Fehling will zwar, wie schon erwähnt, von der künstlichen Frühgeburt, welche er zur Prophylaxe der Geburt bei engem Becken rechnet, nicht völlig absehen, spricht sich aber sonst im modernsten Sinne dahin aus, daß unter Erstreben einer Schädellage die Geburt beim engen Becken möglichst exspektativ geleitet werden soll. Es werden die verschiedenen Lagerungen der Kreißenden, darunter die Walchersche Hängelage, der gute Einfluß kleiner Morphiumdosen besprochen, wogegen die Anwendung des Skopolamindämmerschlafes keine Empfehlung erfährt. Auch hier wird der Hebosteotomie die Würdigung zuteil, von einer Autorität wie es Fehling ist, „die spezifische Therapie der Geburt beim engen Becken" genannt zu werden. Zum Schlusse folgt eine durch gelungene Photogramme unterstützte Übersicht der einzelnen Formen des engen Beckens.

Das in bewundernswerter Klarheit und Einfachheit geschriebene Buch bietet nicht nur dem Praktiker die richtige Orientierung über den gegenwärtigen Stand der operativen Geburtshilfe, sondern wird auch jedem Fachmanne beim Lesen einen Genuß gewähren. Bürger.

E. Alfieri, Über Intrauterinpessare, insbesondere über die Petitsche Kanüle. (Aus der geburtshilflich-gynaekologischen Universitätsklinik in Paris.) Sonderabdruck aus den Annali di ost. e gin., Mailand 1907.

Diese 152 Seiten starke Monographie behandelt das seinerzeit den Gegenstand vieler leidenschaftlich geführter Diskussionen bildende Thema der Therapie verschiedener gynaekologischer Erkrankungen mittelst Intrauterinpessare und -Stifte. So befremdend es im ersten Augenblicke wirken könnte, einer fast abgetanen Sache eine größere Studie zu widmen, so wird man nach Einsichtnahme in die Arbeit doch nicht leugnen können, daß der Verfasser auf Grund seiner Erfahrungen berechtigt ist, für gewisse Fälle seine Behandlungsart zu empfehlen; allerdings kann man hier nicht von einer Intrauterinpessartherapie im gewöhnlichen Sinne sprechen; denn es handelt sich wohl

eher nur um eine unter strengen Vorsichtsmaßregeln ausgeführte Erweiterung der Zervix und Drainage der Uterushöhle.

Die Hälfte der Monographie ist der Geschichte der Intrauterinpessarbehandlung gewidmet; hier finden sich äußerst genau und erschöpfend wiedergegeben all die verschiedenen Wandlungen und die schließliche fast allgemein mehr minder vollständige Verurteilung dieser Therapie, da die erzielten Erfolge in keinem Verhältnisse zum angerichteten Schaden standen.

Alfieri teilt die Intrauterinpessare in vier Gruppen ein: Intrauterinpessare, welche außerhalb der Geschlechtsteile fixiert werden; solche, die ihren Stützpunkt in der Scheide haben; dann Pessare, die an der Uteruswand fixiert werden: schließlich Stifte, die überhaupt nicht befestigt werden. Er veranschaulicht durch 107 Abbildungen die meisten im Gebrauch gewesenen Instrumente.

Die Wirkung dieser Pessare besteht in Aufrichtung der Gebärmutter, Erweiterung des Zervikalkanales und Drainage der Uterushöhle; es können durch dieselben pathologische Flexionen und Versionen korrigiert werden; die Versionen können nur dann behoben werden, wenn das Pessar seinen Stützpunkt in der Scheide hat. Die Wirkung der Uterinpessare ist aber nicht nur eine rein mechanische; der Stift wirkt auf die Uterusschleimhaut auch als Fremdkörper und ruft vor allem eine Kongestion hervor; der Blutzufluß wird verstärkt, die Funktion der Drüsen erhöht, es erfolgt eine stärkere seröse oder schleimig-eitrige Absonderung. Die Kongestionserscheinungen lassen schließlich nach, worauf anstatt des anfänglichen Gefühles von Schwere in den Beckenorganen eine Erleichterung und Wohlbefinden Platz greift. Durch die zwar geringen, aber immerhin wiederholt auftretenden Kontraktionen des Uterus wird auch die Muskulatur gekräftigt; durch die Regelung der Blutversorgung werden pathologische Produkte zur Resorption gebracht. Die Indikationen zur Intrauterinpessartherapie wären demnach hauptsächlich Flexionen des Uterus und Stenosen der Zervix; bei Behebung der letzteren wird sowohl dem Menstrualblut der Abfluß erleichtert, als auch der Befruchtung Vorschub geleistet; auch die Hypoplasie gibt eine Indikation zu dieser Behandlung ab, da der Intrauterinstift als Reiz wirkt; daraus ergeben sich als weitere Anzeigen die Amenorrhöe, Dysmenorrhöe und Sterilität.

Als Kontraindikationen haben zu gelten: bestehende Schwangerschaft sowie auch nur Verdacht auf dieselbe; das frühe Puerperium; akute Entzündungen der Scheide septischer oder gonorrhoischer Natur; akute oder erst vor kurzem gebesserte Entzündung des Endometriums, des Uterusparenchyms, des Para- und Perimetriums und der Gebärmutteranhänge; perimetritische Adhäsionen; Verdacht auf oder bestehende Extrauterinschwangerschaft.

Alfieri benutzte in seinen 60 Fällen stets die Petitsche Kanüle; dieselbe ist 50 *mm* lang, 6 *mm* weit und aus Aluminium verfertigt; er befestigt dieselbe an der Portio mit zwei Seidennähten. Vor der Einführung erfolgte stets genaue Reinigung und Desinfektion des Genitales; auch wurde das Instrument stets unter Leitung des Auges appliziert, nachdem vorher der Zervikalkanal entweder auf blutigem Wege oder unblutig mittelst Laminaria- oder Hegar-Stiften bis Nr. 9 erweitert worden war. Nach Fixierung der Kanüle wurde in die Scheide sterile Gaze eingeführt, worauf die Patientin wenigstens 6 Tage im Bette verblieb. Die Gaze wurde nach 24 Stunden entfernt und die Scheide täglich mit 2%iger Lysoform- oder Karbollösung ausgespült. Nach Verlassen des Bettes wurde der Patientin die Aufnahme der gewöhnlichen Beschäftigung erst nach und nach gestattet; vor Überanstrengungen mußte sie sich aber hüten. Im Mittel wird die Kanüle 2 Monate belassen, jedenfalls ist eine Menstruationsperiode abzuwarten. Was den Zeitpunkt der Einführung anbelangt, so machte sich Alfieri die postmenstruelle Auflockerung zu Nutzen, indem er diesen kleinen Eingriff knapp nach Aufhören der Periode vornahm. Ob Narkose anzuwenden ist, hängt nur von der Art der Erweiterung ab, die vor Einführung der Kanüle vorgenommen wird. Genaueste Aufsicht während des Tragens des Instrumentes ist unerläßlich. Nach 14 Tagen kann mäßiger geschlechtlicher Verkehr erlaubt werden.

Die 60 Fälle Alfieris verteilen sich nach der Anzeige folgendermaßen: Stenosen des Zervikalkanales 8, Stenose und Hypoplasie 3, Anteflexion des Uterus 15, Anteflexion und Stenose 26, Anteflexion, Stenose und Hypoplasie 3, Stenose und angeborene Retroversion 2, Stenose, Retroversion und Hypoplasie 3. Zur Beurteilung der Dauerresultate sind 44 Fälle verwertbar. 40 Frauen litten an Dysmenorrhöe. Von diesen

wurden dauernd geheilt 20, gebessert 14, ungeheilt 6. 26 waren über 3 Jahre steril, 4 davon machten nach der Behandlung normale Schwangerschaften durch, eine abortierte, eine wurde wegen Extrauterinschwangerschaft operiert, eine hat normal entbunden, nachdem sie früher eine Fehlgeburt durchgemacht hatte. Von 6 Frauen, die vor der Behandlung nur Fehlgeburten aufwiesen, haben zwei am normalen Ende der Schwangerschaft, eine hat wieder abortiert. Von den 21 Fällen von Anteflexion wurden 5 geheilt, 8 gebessert, 7 blieben ungeheilt. In einem Falle war das Ergebnis der Behandlung eine fixierte Retroversion mit Perimetritis. Die Hypoplasie konnte in keinem Falle günstig beeinflußt werden.

Ausgenommen den einen Fall, bei welchem sich nach dieser therapeutischen Maßnahme eine Perimetritis entwickelte, kann dieser Behandlungsart keine wesentliche Komplikation zugeschrieben werden; niemals trat Fieber auf, niemals eine stärkere Blutung, niemals ein wesentlicher Ausfluß oder Uteruskoliken.

Nach einem ausführlichen statistischen Vergleich mit anderen Methoden bei gleichen Erkrankungen kommt Alfieri zum Schlusse, daß diese Methode in der Mehrzahl der Fälle die Erweiterung und Aufrichtung des Uterus sichert, allerdings nach vorheriger Vorbereitung der Dilatation auf blutigem oder unblutigem Wege; sie stellt eine einfache und unschädliche Behandlungsart dar, ohne daß die Resultate schlechter wären als bei anderen therapeutischen Bestrebungen.

Doch möchte Alfieri diese Methode nur von Fachgynaekologen angewendet wissen, da sie sonst doch gefährlich werden könnte, eine Forderung, der unbedingt zuzustimmen ist. Bucura.

Sammelreferate.

Hautkrankheiten des Neugeborenen mit Ausschluß der Syphilis.

Sammelreferat von Dr. Carl Leiner, emerit. Assistent des Karolinen-Kinderspitales in Wien.

Baer: **Zur Kasuistik der Hypotrichosis congenita familiaris.** (Archiv f. Dermatol. und Syph., 84. Bd., pag. 15.)

Herman: **Pigmented spots in the sacral region of white and negro infants.** (The journ. of cutaneous diseases, Vol. XXV, pag. 201.)

Kaupe: **Zur Ätiologie des Pemphigus neonatorum non syphiliticus.** (Münchener med. Wochenschr., 1907, Nr. 21.)

Kownatzky: **Zur Verbreitungsweise des Pemphigus neonatorum.** (Münchener med. Wochenschr., 1907, Nr. 39.)

Leiner: **A case of bromide eruption in a child nourished at the breast.** (American journ. of Dermatology, 1907, pag. 20.)

Menabuoni: **Beitrag zur Erforschung der mongolischen blauen Flecke bei europäischen Kindern.** (Monatsschr. f. Kinderheilk., 1907, pag. 509.)

Tugendreich: **Mongolenkinderfleck bei zwei Berliner Säuglingen.** (Berliner klin. Wochenschr., 1907, Nr. 36.)

Bullöse Erkrankungen: Der Pemphigus neonatorum contagiosus gehört seit Jahren sowohl dem klinischen Bilde als auch der Ätiologie nach mit zu den bestgekannten Hauterkrankungen des Säuglingsalters. Kaupe kann sich dieser fast allgemeinen Ansicht nicht anschließen, sondern will uns in seiner Arbeit überzeugen, daß ein Fall, der das typische Bild eines Pemphigus neonatorum darbot, in Wirklichkeit eine atypische Varicella vorstellte. Nach Kaupe hätten wir unter der Bezeichnung Pemphigus neonatorum keine bestimmte Erkrankung zu verstehen, sondern es wäre

dies nur ein Sammelname für eine Gruppe ähnlicher Krankheitsbilder, die auf verschiedenen Ursachen beruhen könnten.

Die Beobachtungen, auf Grund welcher Kaupe zu dieser Ansicht geführt wurde, bestehen hauptsächlich im folgenden: Ein zehn Tage altes Kind zeigte am ganzen Körper eine mit Blasenbildung einhergehende Hauterkrankung, die völlig einem Pemphigus neonatorum entsprach. (Nähere Daten über eventuelle Schleimhauterscheinungen finden sich in der Arbeit nicht vor. Ref.) Am 3. Tage post partum hatte sich bei der Mutter ein vesikulös-pustulöser Ausschlag hauptsächlich in der Gesäß- und Unterleibsgegend entwickelt, während an den übrigen Teilen des Körpers nur vereinzelte Effloreszenzen zu sehen waren.

Kaupe faßt beide Erkrankungen als gleichartig auf und glaubt den Schlüssel hierzu in einer Varicellaerkrankung eines älteren, 3jährigen Kindes gefunden zu haben, das sich nach Kaupe an dem Neugeborenen infiziert haben sollte. Daß es sich bei dem älteren Kinde wirklich um Varizellen gehandelt hat, schließt Kaupe auch daraus, daß ein Kind, das die Familie besuchte, eine Woche später an Varizellen erkrankte. (Ref. kann sich dieser Deutung der Krankheitsfälle nicht anschließen. Sicher sind nur die Varizellen der beiden älteren Kinder, wobei es bei der kurzen Inkubation von 8 Tagen noch zweifelhaft bleibt, ob die Übertragung in der Weise erfolgte, wie Kaupe es annimmt. Wäre die Ansicht Kaupes, daß die Erkrankung des Neugeborenen Varicella gewesen, richtig, wogegen auch schon das klinische Bild spricht, so müßte eine intrauterine Infektion supponiert werden, da die Inkubation bei Varizellen fast immer mehr als 14 Tage beträgt, während in dem beschriebenen Falle das Krankheitsbild schon am 10. Tage vollständig ausgeprägt war.)

Über die Art der Übertragung des Pemphigus neonatorum berichtet Kownatzky, der in der Charité-Frauenklinik eine kleine Endemie dieser Erkrankung beobachten konnte. Die Verbreitung des Pemphigus contagiosus geht in der Weise vor sich, daß der infektiöse Blaseninhalt durch irgendwelche Zwischenpersonen oder -Gegenstände von einem Kinde auf das andere verschleppt wird. Als solche kommen außer Badeschwämmen in erster Linie die Hände der Pflegerinnen in Betracht.

Arzneiexanthem. Leiner bespricht einen Fall von Bromexanthem bei einem 3 Monate alten Brustkinde, dem das Brom indirekt durch die Muttermilch zugeführt wurde. Die Mutter, eine Epileptikerin, nahm bereits jahrelang Brom zur Bekämpfung ihrer Krankheit. Während zwei ältere Kinder, die ebenfalls von der Mutter gestillt worden waren, keinerlei Hautstörungen gezeigt hatten, trotzdem die Mutter bereits zu dieser Zeit große Dosen von Brom nahm, traten bei dem dritten Kinde bereits am Ende der ersten Lebenswoche Hautveränderungen auf, bestehend in kleinen Akneknötchen im Gesichte. Der Ausschlag verbreitete sich allmählich über den ganzen Körper, trotzte jeder externen Behandlung und hatte im 3. Monate folgendes Aussehen: Im Gesichte, im Nacken und an den oberen Extremitäten waren typische Bromknoten, bräunlich-rötliche Infiltrate mit Eiterpusteln besetzt zu sehen. Neben diesen großen Bromknoten waren über den ganzen Körper kleine Akneknötchen zerstreut, am Stamme noch außerdem rundliche Erythemflecke mit zentralen Bläschen und Pustelchen vorhanden. Trotz reichlicher Brustnahrung zeigte das Kind keine merkliche Gewichtszunahme, war unruhig und schlaflos.

Therapeutisch wurde in der Weise vorgegangen, daß der Mutter die Bromeinnahme verboten und das Kind weiter an der Brust gelassen wurde. Die Wirkung dieser Maßnahme trat prompt ein: es kam zu Rückbildungserscheinungen an den Knoten, die Erythemflecke am Stamme verschwanden. Wegen schwerer epileptischer Anfälle be-

gann die Mutter nach einiger Zeit wieder Brom zu nehmen; es kam bei dem Kinde wieder innerhalb weniger Tage zur Eruption von Bromknoten. Dies veranlaßte Leiner, das Kind vollständig abzustillen. Das Bromexanthem bildete sich zurück und das Allgemeinbefinden des Kindes besserte sich zusehends. Im Gesichte und an den Extremitäten blieben an den Stellen des Exanthems dunkelbraune Pigmentierungen durch Monate hindurch bestehen.

Mongolenkinderfleck. Zirka 90% der neugeborenen Japaner tragen in der Kreuzbeingegend, seltener an anderen Stellen, bläulich pigmentierte Flecke, die erst nach Monaten oder Jahren wieder verschwinden. Baelz hat vor Jahren (1885) als Ursache dieser Flecke Pigmentzellen in der Tiefe des Koriums nachgewiesen, die schon im vierten Embryonalmonat anzutreffen sind. Im allgemeinen sind diese Pigmentflecke als eine Eigentümlichkeit der mongolischen Rasse anzusehen, während sie bei den übrigen Rassen nur ausnahmsweise beobachtet werden.

So hat Tugendreich unter 1200 Berliner Säuglingen nur zwei mit Pigmentflecken beobachtet.

Menabuoni beschreibt bei einem 7 Monate alten Kinde mit kongenitalem Vitium, das keine Cyanose hervorrief, derartige Flecke am Rücken und am Gesäß. Menabuoni ist der Ansicht, daß diese Flecken möglicherweise als Residuum einer vor Jahrhunderten erfolgten Kreuzung mit der Mongolenrasse anzusehen seien.

Herman (New-York) fand diese Pigmentflecke nicht nur bei Kindern der kaukasischen Rasse, sondern auch bei Neugeborenen der Negerrasse.

Hypotrichosis congenita familiaris. Baer weist in seiner Arbeit darauf hin, daß alle jene Fälle von dieser Anomalie auszuschließen sind, bei welchen eine Kombination mit anderen Dermatosen besteht und bei denen anamnestisch nicht nachgewiesen werden kann, daß der Haarmangel ein angeborener ist. Bei den von Baer mitgeteilten Fällen sind die beiden Bedingungen vorhanden. Unter 10 Kindern einer Familie hatten 6 normale Haut und Haarbeschaffenheit, während 4 völlig haarlos waren. Die Eltern zeigten normales Haarwachstum. Ätiologisch herrscht betreffs dieser Anomalie noch völliges Dunkel.

Über Vorbereitungen für diagnostische und therapeutische Eingriffe.

Sammelbericht (zweite Hälfte des Jahres 1906).

Von Dr. **Moraller**, Berlin.

(Fortsetzung und Schluß.)

C. Stich (14) beschreibt einen leicht verständlichen Apparat zur aseptischen Entnahme von Seife, dessen Schilderung sich durch die Betrachtung der guten und übersichtlichen Abbildungen erübrigt.

F. Bruck (Berlin) (15) gibt wertvolle Winke zum Einkauf chirurgischer Instrumente, indem er sich mit Recht gegen die schädliche Unsitte wendet, Firmennamen in Instrumente einzuprägen, da durch die so entstehenden Rillen, Spalten und Einkerbungen die Desinfektionsmöglichkeit stark beeinträchtigt wird.

Cheatle (16) hat zum Zwecke der Erhöhung der Asepsis eine eigenartige, durch Abbildungen illustrierte Faßzange konstruiert, mit deren eigentümlich geformtem Schnabel man sterilisierte Instrumente, Nadeln, Messer, Verbandmaterial etc., kurz

sowohl die größten wie die kleinsten Gegenstände leicht und sicher fassen kann. Käuflich ist dieselbe bei der Aktiengesellschaft für Feinmechanik vormals Jetter & Scherer in Tuttlingen.

O. Erhardt (17) hat an Stelle der sonst zweckmäßigen Lanzschen Ligaturnuß, welche sehr viel Achtsamkeit beim Auskochen und Aufwickeln des Knäuels verlangt und dann doch sehr häufig zerbricht oder nicht ordentlich funktioniert, ein durch Abbildungen veranschaulichtes Instrument angegeben, das beim Ligieren bequem in der Hand gehalten werden kann. Man kann damit Ligaturen anlegen, ohne die Seide dauernd mit der Hand zu berühren und ohne sich jeden Faden einzeln zurechtzuschneiden. Außerdem empfiehlt er bei Verwendung des Ligaturträgers den Gebrauch der viel zu wenig gekannten Kocherschen Scheren.

Wederhake (18) kommt in einem sehr ausführlichen, lesenswerten Artikel nach einer eingehenden Besprechung der Nachteile des Catgut zur Empfehlung einer ausgedehnteren Verwendung von Seide und echtem Silberdraht. Seine Erfahrungen hierüber gibt er auf Grund der Beobachtungen am Friedrich Wilhelm-Hospital zu Bonn wieder, ohne dabei die Schädigungen zu vergessen, die bei der Verwendung des Silberdrahtes sich sehr häufig unangenehm bemerkbar machen und die in der fast unvermeidlichen Reizung der Gewebe durch die Bruchstellen bestehen. Eine eigene Nahttechnik mußte dazu dienen, diese Nachteile fast vollkommen auszuschalten, dadurch, daß die versenkten Drähte selbst durch exakte, fortlaufende Seiden-Fasziennaht gedeckt wurden und der Silberdraht so z. B. bei der Bauchnaht seinem eigentlichen Zwecke, das ganze wirksam zu verklammern, dienstbar gemacht werden konnte. Weitere Versuche und Beobachtungen schloß der Verf. an die Verwendung von Sublimatseide an. Er kommt hierbei zur Erkenntnis, daß Sublimat weder die Infektion des Fadens verhindern, noch als Dauerantiseptikum dienen kann. Trotzdem ist seine Bedeutung für die Verhinderung der Fadeninfektion, soweit dies überhaupt möglich ist, nicht zu unterschätzen, was hauptsächlich auf einer Herabsetzung der Imbibitionsfähigkeit beruht; die desinfektorische Wirkung des Sublimats kommt erst in zweiter Linie in Betracht. Durch fortgesetzte Versuche ist es nun dem Autor, einem Assistenten Witzels, geglückt, in der Silberkautschukseide ein antiseptisch wirkendes, dabei festes und nicht resorbierbares Nahtmaterial an Stelle des starren Silberdrahtes herzustellen, welches unter Vermeidung der Nachteile desselben dessen Vorteile, nämlich Festigkeit und die Unfähigkeit der Imbibition besitzt. Die auf dicke Kochersche Drains oder besser auf Glasplatten aufgewickelte, dann in Äther und weiter in Alkohol absolutus entfettete Seide wird 20 Minuten lang in eine 10%ige Wasserstoffsuperoxydlösung und danach etwa für eine Stunde in eine nach genau gegebener Vorschrift hergestellte Silberlösung gebracht. Nachdem nun die durch Imprägnierung mit reinem, molekularem Silber tiefschwarz gefärbte Seide bei etwa 100° im Trockenschranke getrocknet ist und 2 Stunden in reinem Chloroform gelegen hat, kommt sie für 12 Stunden in eine ebenfalls genau vorgeschriebene Chloroform-Kautschuklösung; schließlich wird sie in Chloroform abgespült, getrocknet und 10 Minuten lang in 1‰iger Sublimatlösung ausgekocht und in derselben gebrauchsfertig aufbewahrt. Dieselbe Methode ist auch für Zwirn, Hanf etc. brauchbar. Einfache Silberseide bereitet er in der Weise, daß er die etwa eine Stunde in 10%iger Wasserstoffsuperoxydlösung belassene Seide in die angegebene Silberlösung überträgt, die schwächeren Nummern für eine, die stärkeren für 2 Stunden und dann 10 Minuten in 1‰iger Sublimatlösung auskocht und aufbewahrt. Die Herstellung der Silberkautschukseide soll einfach und billig sein, so daß jeder Arzt sich dieselbe billig selbst zubereiten kann.

Während also für die Naht der Haut Silberdraht, welcher infolge seiner Härte besonders als plastisches Nahtmaterial zur Erzielung schmaler Narben vollkommen geeignet erscheint, empfehlenswert ist, kommt an der Klinik Witzels zur Unterbindung und versenkten Naht die oben beschriebene Silberkautschukseide zur Verwendung. Schließlich haben die Versuche des Verfassers, bei Seide, Hanf und Zwirn die der Sterilisation schädlichen Binnenräume zu beseitigen, zu dem überraschenden Ergebnis einer resorbierbaren Seide geführt, die Wederhake auf Grund chemischer und physikalischer Eigenschaften Pergamentseide nennt.

Ihre Herstellung geschieht in der Weise, daß man die sonst gebräuchliche Nähseide 20 Sekunden bis 4 Minuten je nach der Stärke in konzentrierte Schwefelsäure legt, dann schnell mittelst eines Wasserstrahls oder Ammoniak auswäscht, danach sofort in absolutem Alkohol entwässert und nach nochmaliger mehrstündiger Härtung in Tanninalkohol schließlich einige Tage in absolutem Alkohol aufbewahrt. Die Vorteile dieser Pergamentseide beruhen in exakter und sicherer Desinfektionsfähigkeit und in der Möglichkeit ihrer dauernd sterilen Aufbewahrung in 1‰ Sublimat; ferner in ihrer Eigenschaft, langsamer zur Resorption zu gelangen und dadurch ihren mechanischen Zweck länger zu erfüllen. Ja, er behauptet sogar, natürlich nur innerhalb gewisser Grenzen, der Seide den Zeitpunkt ihrer Resorption vorschreiben zu können, und glaubt so im großen und ganzen jenes Nahtmaterial gefunden zu haben, wie es den strengen Forderungen v. Miyakes und Mikulicz's entspricht.

v. Herff (19) behauptet, daß die Festigkeit des Catguts durch alle Mittel — Jod, Sublimat, vor allem durch Wasser, dann durch Kochen in Wasser und in Cumol — geschädigt, die Dehnung durch Wasser gesteigert wird, wobei er hervorhebt, daß bei einer Zunahme der Dehnung um 50% das Knüpfen der Catgutfäden unsicher gemacht ist. Dem einfachen, sicher keimfreien Cumolcatgut, wie es durch Erhitzen in Cumol gewonnen wird, auch an Festigkeit überlegen, ist das zugleich keimtötende Jodcatgut, welches in 95% Alkohol aufbewahrt zugleich große Widerstandsfähigkeit besitzt. Erhalten wird dieses Jodcatgut am einfachsten nach der von Claudius zuerst empfohlenen Jodierungsmethode, die auch von jedem Praktiker in kleineren Verhältnissen bequem durchgeführt werden kann. Eine Verbesserung dieser Methode hat Schmidt angegeben, der die Durchtränkung des Catguts durch eine besonders patentierte Jodlösung, nämlich ein von der Firma Karl Billmann in Mannheim unter dem Namen Catgutjod in den Handel gebrachtes Präparat, erreicht.

Herhold-Altona (21) publiziert weiter in einer kurzen Notiz als Ergänzung des vorstehenden Artikels über das gleiche Thema seine Erfahrungen über das Jodcatgut, welches sich auch nach Entfernung des Jods durch Ammoniak als völlig steril erwiesen hat und nach 8 Tagen völlig resorbiert wird, wie er durch Tierexperimente nachgewiesen hat.

Herhold-Altona (20): Auf Grund der von dem Autor gefundenen Tatsache, daß das Claudiussche Jodcatgut durch längeres Aufbewahren in der Jod-Jodkalilösung äußerst brüchig wurde, verwandte der Verfasser das Jodcatgut, welches er in eigens dazu konstruierten Glasbehältern aufbewahrt, trocken (käuflich bei der Glasbläserei Bartels in Hamburg, a. d. Alster 32). Das Catgut wird so vorbereitet, daß 3—4 *m* Catgut auf eine hohle Glasrolle mit seitlichen Öffnungen in einfacher Lage aufgewickelt wird und für 8 Tage in die Claudiussche Lösung (Jod 1·0, Jodkali 1·0, Aqua destillata 100·0) gelegt und dann trocken auf dieser Glasrolle in dem keimfreien Gefäß aufbewahrt wird. Weitere Versuche sollen zeigen, ob die Haltbarkeit ein Jahr überdauert.

Burmeister (22), welcher früher erst die Claudiussche Methode der Jodcatgutpräparation nach der Originalvorschrift, dann unter Benutzung der alkoholischen Jodlösung diese fast ausschließlich für die Vorbereitung eines Unterbindungsmaterials benutzt hat, hat eine Modifikation derselben praktisch erprobt, welche darin besteht, daß er die gebräuchlichen Jodlösungen durch die von Dr. Allyre Chassevant angewandte Chloroform-Jodtinktur ersetzte. (Rezept: Jod. metallic. 1·0, Chloroform 15 cm^3 22·5 *g*. Diese Lösung entspricht einer auf kaltem Wege hergestellten konzentrierten Lösung von Jod und Chloroform. Der einzelne Rohcatgutfaden wird in einfacher Lage fest auf ein Wickel aus dickem Spiegelglas gewickelt, wobei eine Wickeltour neben der anderen zu liegen kommt. Eine beliebige Anzahl solcher Wickel werden in einem weiten Glaszylinder mit Jod-Chloroformlösung reichlich bedeckt. Nach 8 Tagen ist das Catgut gebrauchsfertig. Der Verfasser rühmt dem so bereiteten Catgut folgende Eigenschaften nach: 1. Wird es niemals brüchig; 2. quillt es bei der Überführung in wässerige Lösungen und in lebendem Gewebe nicht; 3. kann es trocken oder feucht aufbewahrt werden; 4. wirkt es ohne vorherige Abspülung niemals reizend; 5. ist die Herstellung der Jodlösung außerordentlich einfach; 6. ist seine Zugfestigkeit mindestens ebenso hoch, wenn nicht höher, als bei den übrigen Jodcatgutarten.

Mindes (23) präpariert in dem ihm unterstellten Krankenhaus zu Drohobycz das Catgut in der Weise, daß er die auf kurze Glasröhrchen gewickelten Rohcatgutfäden in weißes Filtrierpapier hüllt und mit einem Faden umbindet. Dann legt er eine Anzahl derartiger Wickel in einen mit einer 1%igen Jodbenzinlösung gefüllten Glasbehälter und überträgt sie nach 2 Tagen in einen zweiten mit derselben Lösung frisch gefüllten Behälter. Nach 2—3 Tagen werden sie herausgenommen und in einem leeren Glasgefäß aufbewahrt. Durch die dann folgende Verdunstung des Benzins wird das tiefdunkel gefärbte Catgut rasch trocken, es soll, geradezu unzerreißlich, im Gewebe nicht quellen und in hohem Grade antiseptisch sein. Infolge der mit Jod getränkten Filtrierpapierumhüllung bleibt es trocken und antiseptisch. Gegenüber der Burmeisterschen Chloroform-Jodlösung soll die Benzin-Jodlösung den Vorzug der Billigkeit haben.

Baudoin (24) stellt bei einer Nachprüfung sämtlicher bisher empfohlenen Sterilisationsmethoden fest, daß alle Antiseptika mit Ausnahme des 1‰ Sublimats unzuverlässig sind. Zur wirksamsten Instrumentensterilisation empfiehlt er das übliche 20 Minuten lange Auskochen in 2%iger Sodalösung. Die Sterilisation der Kompressen im Schimmelbuschschen Desinfektor bei 100° hält er nicht für ausreichend; dieselbe muß vielmehr im Autoklaven unter starker Druckspannung vorgenommen werden. Als ganz vorzügliche, aber sehr kostspielige Methode empfiehlt er die einstündige Sterilisation in 90%igen Alkoholdämpfen von 120°. Zuverlässig ist die Sterilisation von Metalldraht, Fil de Florence, und Seide im Autoklaven. Bei der Unzuverlässigkeit der Sterilisation mittelst Antisepticis und Inkonstanz der bakteriziden Wirkung von Jod-Jodkalilösung, welche er aus diesem Grunde nicht empfiehlt, rät der Autor zu einem vorzügliche Resultate liefernden Verfahren, der sog. Tyndallisation. Das Catgut wird dabei in Röhrchen, welche mit 90%igem Alkohol gefüllt sind, verschlossen und diese zehn Stunden täglich in einen auf 60° eingestellten Paraffinofen gelegt. Nach 3 Tagen soll das Catgut steril sein, während dies bei der Sterilisation des Catguts in absolutem Alkohol niemals der Fall gewesen sein soll. Die Sterilisation von Fäden, Lösungen und Gummihandschuhen geschieht am besten im Autoklaven. Bei letzterem empfiehlt er, in jeden Finger ein Stück Gummidrain zu stecken, damit der Dampf überall eindringt.

Stich (25) sterilisiert das Catgut mit Silbernitrat in der Weise, daß er das in einzelne Fäden zusammengerollte oder auf Glasplatten mit Stegen aufgewickelte Catgut in einem mit 1%iger alkoholisch-ammoniakalischer Silberlösung gefüllten Zylinder für eine viertel bis eine halbe Stunde bei Lichtabschnitt aufbewahrt, darnach das mit Spiritus abgewaschene Catgut in einem zweiten sterilen Zylinder dem Sonnenlicht zwecks Zersetzung des Silbernitrates aussetzt. Hierauf wird das gebrauchsfertige Catgut in einem Gefäß mit absolutem Alkohol und 10%igem Glyzerin aufbewahrt. Der Verfasser hebt als Vorzüge dieses Verfahrens die hohe Zugfestigkeit, Knotenfestigkeit und Keimfreiheit hervor, welche er experimentell geprüft hat. Ein zur Aufbewahrung dienender zweckmäßiger Behälter wird durch eine Abbildung veranschaulicht.

A. J. Pjatkin (26) spricht sich auf Grund sehr günstiger operativer Erfahrungen sehr warm für das nach M. Claudius vorbereitete Jodcatgut aus wegen der Einfachheit seiner Vorbereitung, seiner Fähigkeit, sich lange Zeit unverändert in Jodlösung zu halten, und seiner langsamen Resorbierbarkeit.

Budde (27) kommt auf Grund chemischer Untersuchung chirurgischer Nähseide zu folgenden Schlüssen: 1. Die Haltbarkeit chirurgischer Nähseiden kann nur durch eine Festigkeitsprüfung entschieden werden, da es unbegrenzt haltbare Nähseiden nicht gibt. 2. Chirurgische Nähseiden, die weniger als 19% Seidenbast oder mehr als 70% Seidenfibroin enthalten, sind nur beschränkt haltbar. Da geflochtenen Seiden (Turner) der Schutz gegen Lufteinflüsse fehlt und ihr der Seidenbast entzogen ist, ist ihre Haltbarkeit gering. 3. Chirurgische Nähseide soll unter keinen Umständen durch Auskochung in Sodalösung sterilisiert werden, da dadurch die Festigkeit derselben infolge Entziehung des Seidenbastes beeinträchtigt wird. 4. Auch durch die in den meisten Einwicklungspapieren enthaltenen Sulfite wird die Haltbarkeit der Seide beeinträchtigt.

Heyde beschreibt das von Prof. Friedrich angewandte Sterilisationsverfahren von Jodoformgaze. Dieselbe wird in der Greifswalder Klinik so hergestellt, daß die Schwester mit desinfizierten Händen 40—50 Stück gut ausgezupfte, breite, 10 *m* lange, sterile Mullkompressen in einer sterilen Lösung von Glyzerin und Wasser zu gleichen Teilen tränkt und mit der Wringmaschine ganz trocken auspreßt. Danach wird in dieselben reines Jodoformpulver oder noch besser Jodoform-Borsäurepulver (Jodoform und Acid. boricum aa.) gleichmäßig eingerieben und die Binden schichtweise zusammengelegt und aseptisch aufbewahrt bis zur Sterilisation. Dieselbe erfolgt in einer von Lautenschläger hergestellten Trommel mit Drahtkorbeinsatz, in welcher dieselbe durch eine Mull-Wattekompressenlage (zwei Schichten Mull, dazwischen eine 2 *cm* dicke Schicht Watte) ganz gleichmäßig und lückenlos abgeschlossen wird. Die Sterilisiertrommel wird eine Stunde lang in einen Dampfsterilisator, in welchem der Dampf nicht über 100° erhitzt wird, gebracht. Atmosphärenüberdruck muß also vermieden werden. Bakteriologische Untersuchungen der so hergestellten Jodoformgaze ergaben, daß dieselbe an bakterienhemmender Kraft der nicht sterilisierten nicht nachsteht.

Schachner (29) hat an Stelle des Glasbehälters für Seide oder Catgut, der bis dahin als die beste aseptische Einrichtung zur Verfügung stand, einen solchen von Metall konstruiert, der die Vorzüge der Unzerbrechlichkeit und der Möglichkeit der Sterilisation des Materiales in demselben Kasten hat.

Ein vom Verfasser angegebener Operationstisch hat neben dem Vorzug der Einfachheit, der leichten Reinigung, der größten Bequemlichkeit und der Verminderung von zur Hilfeleistung nötigen Personen noch den Vorteil, daß sich jede gewünschte Stellung leicht herbeiführen läßt. So wird z. B. im Gegensatz zu anderen Tischen die

Trendelenburgsche Lage durch Erniedrigung des oberen Teiles des Körpers vermittelst einer Hebelvorrichtung erreicht. Diese Aufgabe kann der Narkotiseur allein leicht erfüllen, ohne die Asepsis zu stören; ferner kann er, sowie er das Eintreten von etwaigen Erschlaffungszuständen oder Narkoseunfällen beobachtet, leicht den Oberkörper niedriger lagern.

An Stelle der nie völlig zufriedenstellenden Röcke, Jacken, Schürzen etc. hat der Autor ein aus mehreren Stücken bestehendes, aus leichtem, zugleich dauerhaftem Material hergestelltes Operationsgewand verwendet, das, auf der Rückseite geschlossen, jeden Teil des Körpers, außer Kopf, Hände und Füße, schützend bedeckt. Die erwähnten Gegenstände werden durch Abbildungen veranschaulicht.

Kuhn-Kassel (30) erblickt in der exakten Abdeckung des Wundfeldes den verschärften Wundschutz im Sinne Küsters. Er empfiehlt dazu einen von ihm angegebenen Schieber, der Haut und Serviette sehr gut zusammenhält und außerdem noch durch Zug an einem endständigen Ring ein Auseinanderziehen der Wundränder erlaubt, dessen genaue Beschreibung aber im Original nachgelesen werden muß, ebenso wie die Beschreibung zweier anderer Klammern, welche demselben Zwecke dienen.

Renner (31) setzt in einer sehr gründlichen und lesenswerten Arbeit über die Hyperleukozytose unter eingehender Berücksichtigung der vorhandenen Literatur, der Wahl des Mittels, der Technik der Injektion, der Menge der injizierten Flüssigkeit, des günstigsten Zeitpunktes der Einspritzung und deren Nebenwirkungen, die praktische Anwendung der Injektion auseinander bei Operationen ohne Eröffnung der Peritonealhöhle, bei solchen mit Eröffnung der letzteren, aber ohne Gelegenheit zur Infektion und bei solchen mit Eröffnung der Bauchhöhle und mit Infektionsgelegenheit. Er kommt dabei zu folgenden Schlußfolgerungen: 1. Die Hefenukleinsäureinjektion erzeugt beim Menschen bei subkutaner Injektion nach kurzdauernder Hypoleukozytose mit Sicherheit eine Hyperleukozytose. 2. Ihre Wirkung ist bei subkutaner Anwendung (die aus humanen Gründen vorzuziehen ist) fast ebenso prompt wie bei intraperitonealer. 3. Die Nebenwirkungen sind bei Anwendung von 2%iger Lösung und einer Gesamtmenge von 1 *g* Nukleinsäure zwar sicher vorhanden, aber ohne irgend schädliche oder besonders unangenehme Folgen. 4. Die Versuche sprechen, wenn man aus der geringen Zahl der statistisch verwendbaren Fälle einen Schluß ziehen darf, für eine Resistenzerhöhung des menschlichen Peritoneums gegen Bacterium coli und wahrscheinlich auch gegen andere pathogene Bakterien.

Aus fremdsprachiger Literatur.

Die geburtshilfliche und gynaekologische Literatur in Schweden und Finnland 1907 in schwedischer Sprache.

Von Dr. **Walter Wegelius** in Helsingfors.

Schweden.

Högström, Zwei Fälle von Vaginalzysten. Hygiea, Februar 1907, Nr. 2.

Zwei Fälle aus der Universitätsklinik zu Lund. I. In der Vulva und aus derselben heraus hängt ein faustgroßer, länglicher, nach oben zu schmäler werdender, elastischer, fluktuierender Tumor, der von der vorderen Vaginalwand, einen Finger breit von der Mündung des Ureters entfernt, ausgeht. Exstirpation. Die Außenfläche der Zyste ist

mit Vaginalschleimhaut bekleidet, die Wand besteht aus fibrillärem Bindegewebe und glatter Muskulatur, die Innenfläche ist mit einschichtigem Zylinderepithel bekleidet. II. Aus der Vulva ragt ein blauroter, gespannter, fluktuierender, kindskopfgroßer, von Vaginalschleimhaut bedeckter Tumor hervor. Pat. gravid im 8. Monat. Exstirpation nach der Geburt. Der mikroskopische Bau der Wand wie in Fall I, nur ist die Innenwand der Zyste mit einschichtigem Plattenepithel bekleidet.

Wo die erwähnten Zysten ihren Ausgang genommen, läßt sich nicht mit Sicherheit feststellen.

Lundblad, Drei Kaiserschnitte nebst einigen Worten über die Behandlung der Eklampsie. Hygiea, Juli 1907, Nr. 7.

Zwei Kaiserschnitte wurden bei hochgradiger Eklampsie ausgeführt. Die Mütter genasen; das eine Kind, welches nur 1300 *g* wog, hatte wiederholte Krämpfe und starb am Tage nach der Operation. Der dritte Kaiserschnitt wurde durch Hindernisse in den weichen Geburtswegen: ausgedehnte Narbenbildung in der Cervix uteri und der Scheide bedingt, Mutter und Kind blieben am Leben. Die Operationen wurden 1906 im Krankenhause zu Vaenersborg ausgeführt.

Westermark, Ein Fall von Uterusruptur mit Totalexstirpation des Uterus. Genesung. Hygiea, August 1907, Nr. 8.

39jährige VIII-para. Der Kindskopf fast am Beckenboden. Plötzlicher Tod der Frucht. Kollaps der Mutter. Zange. Die Frucht tot, 4300 *g* Größe, durchgehende Uterusruptur links vorne. Plazenta in der Bauchhöhle. Exstirpation des Uterus; der unterhalb der Ruptur nach links gelegene Teil der Zervix wird zurückgelassen. Die mikroskopische Untersuchung des unteren Uterinsegmentes zeigte elastisches Gewebe nur in den Gefäßwänden, nicht im Uteruskörper, wo solches auch in dem zwischen den Muskeln verlaufenden Bindegewebe fehlt.

Josephson, Über den sogenannten vaginalen Kaiserschnitt. Hygiea, 1907, Nr. 9.

37jährige I-para. Eklampsie, lebende Frucht, Zervix fast erhalten, der äußere Muttermund für einen Finger offen. Hysterectomia vag. ant. Ein ⊥-Schnitt in das vordere Scheidengewölbe, die Blase wird gelöst und nach oben geschoben. Die Portio wurde mit zwei Hakenzangen hervorgezogen. Hierauf wurde die vordere Zervixwand sukzessive bis über den inneren Muttermund gespalten, wobei die Zervix mit der Hakenzange heruntergezogen und die Blase vermittelst eines breiten Spekulums geschützt wurde. Die Amniosblase zeigte sich und wurde aufgeschnitten; Wendung auf den Fuß und Extraktion. Der Kopf folgte mit einiger Schwierigkeit (Mauriceau). Die Uteruswunde wurde in ihrer oberen Hälfte mit Catgut vernäht. Die Plazenta wurde mittelst Credé und Zug am Nabelstrange herausgeschafft. Vernähung des unteren Zervixteiles, hierauf der Vaginalwunde. Die Frucht lebend, 2300 *g*. Die Mutter gesund.

Verf. bespricht die Indikationen des vaginalen Kaiserschnittes und die Ausführung derselben.

Otto Grönė, Über Pyelonephritis gravidarum et puerperarum. Allmänna Svenska läkaretidningen, 1907, Nr. 1.

Mit Opitz unterscheidet Verf. 3 Gruppen von Schwangerschafts-Pyelonephritiden: 1. solche, welche Exazerbationen einer schon vorher bestehenden Pyelonephritis bilden, die sich eine Zeitlang latent gehalten habe; 2. solche, welche während der Schwangerschaft in früher gesunden Harnwegen entstehen; 3. solche, die erst im Puerperium entstehen. Die gewöhnliche Ursache ist, wie bei Pyelitis im allgemeinen, Infektion mit Bakterien, vor allem Bact. coli. Die Schwangerschaft spielt eine große Rolle bei der Entstehung der Pyelonephritis, teils wegen der Neigung zu Harnstagnation, teils wegen

der reichlichen Blutzufuhr zu den Organen im unteren Teile der Bauchhöhle. Die Infektionsstoffe erreichen die Nieren und das Nierenbecken teils von der Blase aufsteigend, teils durch die Blutwege.

Verf. hat 10 Fälle der Krankheit beobachtet. Sie beginnt teils akut mit Frostschauern und Schmerzen in der einen Nierengegend und dem entsprechenden Ureter, verminderter Urinmenge, Fieber, teils schleichend mit Mattigkeit, Kopfschmerzen, Übelkeiten, Blasenbeschwerden, schmerzhaftem Harndrange und Schmerzen in den Nierengegenden. Der Harn enthält Eiter und Spuren von Eiweiß. Die Entbindung hat einen günstigen Einfluß auf die Krankheit.

Die medikamentöse Behandlung besteht in Bettruhe, Milchdiät, irgend einem Urindesinfiziens, lokaler Wärme; die obstetrische Therapie in Partus arte praematurus.

Hjalmar Forssner, Über die Behandlung der Salpingo-Oophoritis. Allmänna Svenska läkaretidningen, 1907, Nr. 7.

Auf Grund der Erfahrungen auf der gynaekologischen Klinik in Stockholm stellt Verf. folgende Regeln auf: 1. Während des akuten Stadiums in der Regel keine Operation; 2. der erste Anfall wird rein exspektativ behandelt; 3. gehen die Symptome des ersten Anfalles nach längerer exspektativer Behandlung nicht zurück oder kehren sie wieder und beschränken die Arbeitsfähigkeit der Patientin, oder stellt sich ein neuer Anfall ein, so wird der Kranken angeraten, sich nach dem Verschwinden der akuten Symptome operieren zu lassen.

Emil Bovin, Über Pubiotomie als Geburtsoperation. Allmänna Svenska läkaretidningen, 1907.

Nach einer Darstellung der Geschichte der Pubiotomie, der Indikationen und Ausführung derselben teilt Verf. einen Fall von wiederholter Pubiotomie mit, wo die zweite Frucht recht bedeutend kleiner war, wo aber ein nach der ersten Pubiotomie entstandener Kallus wahrscheinlich dazu beitrug, die spontane Entbindung zu verhindern. 34jährige V-para. Rachitis in der Kindheit. C. diag. 10. 1. Partus 1901, hohe Zange, die Frucht starb während der Geburt. 2. Partus 1902. Wendung auf den Fuß und Extraktion. Die Frucht starb während der Geburt. 3. Partus 1904 dto. 4. Partus 1905. Rechtseitige Pubiotomie nach Gigli mit hoher Zange, die Frucht starb einen Tag post partum, Blutung und Ödem ins Gehirn. 5. Partus 1906. Ausgetragene Schwangerschaft, das Fruchtwasser vor 5 Tagen abgegangen, der Kopf beweglich, Kallusbildung im rechten Os pubis, der Muttermund für 4 Finger offen. Pubiotomie nach Döderlein links und hohe Zange. Die Frucht wog 2750 *g*, lebend. Die Mutter genas. $^1/_2$ Jahr nach der Operation eine Kallusbildung links, aber kleiner als die rechts.

Otto Gröné, Über künstliche Erweiterung des Muttermundes bei der Entbindung. Allmänna Svenska läkaretidningen, 1907, Nr. 35, 36.

Verf. geht die Methoden durch, den Muttermund durch dynamische Wirkung, durch mechanische Dilatation und durch blutige Operation zu erweitern. Er teilt Entbindungsfälle mit, wo der Muttermund auf verschiedene Weise eröffnet wurde, unter diesen 8 Fälle, in denen das Bossische Instrument zur Anwendung kam. Er ist der Ansicht, daß dieses benutzt werden darf bei I-paren, wenn die Zervix vollständig und bei Mehrgebärenden, wenn die Zervix wenigstens zur Hälfte verstrichen ist.

Finnland.

Sjöblom, Ein Fall von Hämatom im Musculus rectus abdominis sin. während der Schwangerschaft. Finska Läkaresällskapets Handlingar, Februar 1907, Nr. 2, S. 21.

39jährige IX-para. Schwanger seit Ende März 1904. Im September Schmerzen und Steifigkeit im unteren, linken Teile des Beckens. Am 5. Jänner 1905 plötzlich heftiger

Schmerz an derselben Stelle, Auftreibung des Bauches links. Kurz darauf normale Entbindung. Nach derselben eine Verhärtung im Bauche links vom Nabel. Im Februar 1903 wurde in der Bauchwand, in der Längsrichtung des Musculus rectus abdominalis sin. ein Tumor von 12 *cm* Länge und 10 *cm* Breite, einen Querfinger unterhalb des Rippenrandes bis zum Os pubis palpiert. Am 17. Februar wurde versucht, den Tumor zu enukleieren, aber er erwies sich als mit schwarzem, koaguliertem Blute erfüllte Höhle. Tamponade. Heilung.

G. Heinricius, Über die Totalexstirpation des karzinomatösen Uterus. Finska Läkaresällskapets Handlingar, 1907, Nr. 4, S. 171.

Verf. erstattet Bericht über die in der gynaekologischen Universitätsklinik zu Helsingfors ausgeführten Totalexstirpationen des karzinomatösen Uterus.

Während der Jahre 1862—1906 sind unter 8261 Patientinnen 353 an Gebärmutterkrebs erkrankte behandelt werden. Die Karzinomfälle betragen somit 4·3%.

Die karzinomatöse Gebärmutter ist 40mal per vaginam, 3mal durch den parasakralen Schnitt und 48mal per laparotomiam (4mal nach Freund, 44mal radikal, unter Ausräumung des Beckens), sowie 1mal, bei gleichzeitigem Vorhandensein von Myom des Uteruskörpers, supravaginal nach Chrobak, mit nachträglicher Entfernung der Portio, exstirpiert worden.

Von den 40 Patientinnen, deren Uterus per vaginam entfernt worden ist, sind 5 (= 12·5%) an Sepsis p. o., 17 an „Rezidiv“ nach Ablauf verschieden langer Zeit p. o., 3 an „Wassersucht“, 3 an unbekannter Krankheit, 1 an „Lungenschwindsucht“ und 1 an Gelenkrheumatismus gestorben. In 2 Fällen ist der Ausgang unbekannt.

Dieser Statistik kann jedoch kein voller Wert beigemessen werden, da die Todesursache meistens nur von dem betreffenden Pfarrer oder von Angehörigen der Verstorbenen mitgeteilt worden ist.

Jetzt (Jänner 1907) sind von diesen 40 Patientinnen 8 noch am Leben, und zwar:

13 Jahre p. o.	2
9 „ „ „	1
8 „ „ „	2
7 „ „ „	1
5 „ „ „	1
2½ „ „ „	1

In diesen Fällen ist nicht immer eine mikroskopische Untersuchung oder eine hinreichend genaue solche bewerkstelligt worden.

Von den Totalexstirpationen per vaginam sind 35 in den Jahren 1887—1889 ausgeführt worden, während 5 auf die Jahre 1900—1904 entfallen.

Die Fälle von Exstirpatio uteri totalis parasacralis kamen alle im Jahre 1904 vor. Zwei von diesen Patientinnen sind an Rezidiv gestorben, eine ist noch am Leben.

Die Totalexstirpationen nach Freund wurden in den Jahren 1893—1901 ausgeführt. Von den betreffenden 4 Weibern ist eine an Peritonitis p. o., 2 an Rezidiv, 1 an „Altersschwäche“ 1½ Jahre p. o. gestorben.

Seit Oktober 1901 ist die karzinomatöse Gebärmutter in der Regel durch die sogenannte radikale, totale, abdominale Exstirpation entfernt worden. Die Operabilität hat 50·5% betragen.

Von 44 in dieser Weise operierten Patientinnen sind kurze Zeit nach der Operation gestorben: 1 an akuter Peritonitis einige Tage p. o., 1 an Sepsis 22 Tage p. o., 1 an Herzparalyse bei Myokarditis, 2 an akuter Pneumonie (Äthernarkose). Die

Mortalität an Sepsis als unmittelbarer Folge der Operation beträgt somit 4·5%; wenn die Pneumonien und die Myokarditis mitgerechnet werden, steigt die auf die erste Zeit p. o. bezügliche Mortalität auf 11·1%.

Wenn von der Gesamtzahl (44) der Radikaloperationen die 8 zuletzt operierten abgezogen werden, bei denen noch nicht ein Jahr seit der Operation vergangen ist, so bleiben 36 Fälle übrig. Von diesen starben kurze Zeit nach der Operation 5 (siehe oben), ferner an allgemeiner Kachexie 6 Monate p. o. 2, an unbekannter Krankheit 1½ Jahre p. o. 1, an Rezidiv 18. Betreffend das Befinden einer Patientin p. o. sind keine Nachrichten erhalten worden.

Der Tod an Rezidiv erfolgte

1—6 Monate p. o. in 2 Fällen
7—12 „ „ „ „ 3 „
1—1½ Jahre „ „ „ 7 „
1½—2 „ „ „ „ 1 Fall
2—2½ „ „ „ „ 5 Fällen.

Zur Zeit, Ende 1906 und Anfang 1907, sind noch 9 von den Operierten am Leben. Die seit der Operation verstrichene Zeit beträgt für diese: 4 Jahre 2 Monate, 3 Jahre 4 Monate, 2 Jahre 1 Monat, 1 Jahr 9 Monate, 1 Jahr, 1 Jahr, 1 Jahr, 1 Jahr, 1 Jahr.

Vergrößerte Drüsen sind in 10 Fällen gefunden und entfernt worden. Die Parametrien sind in 9 Fällen deutlich infiltriert gewesen. An der Blase hat das Karzinom in 3 Fällen, am Mastdarme in einem Fall abhäriert; in 10 Fällen hat sich die Geschwulstbildung auf die Wand der Scheide ausgedehnt.

Läsion der Blase ist 3mal passiert; einmal wurde der Ureter durchschnitten. Die meisten Fälle sind Zervixkarzinome gewesen; in 4 Fällen hat ein Karzinom des Corpus uteri vorgelegen.

G. Björkqvist, Drei Fälle von hochgradiger Auflockerung und Ausdehnung der Schamfuge in der Schwangerschaft. Finska Läkaresällskapets Handlingar, Mai 1907, Nr. 5, S. 355.

I. 39jährige VIII-para. II. 32jährige I-para. III. 33jährige V-para. Kein Trauma. Die Beckenknochen in der Symphyse glitten aneinander vorbei in Fall I um 1¼—1½ *cm*; in Fall II 1½ *cm* und in Fall III ¾—1 *cm*. Schmerzen und etwas Druckempfindlichkeit. Die Schmerzen traten auf in Fall I im Beginne des 8. Monats, in den Fällen II und III in der Mitte und am Ende des 6. Monats. Die Entbindungen spontan. Nach der Geburt verschwanden die Schmerzen allmählich.

G. Heinricius, Ein Fall von Sectio caesarea. Finska Läkaresällskapets Handlingar, Mai 1907, Nr. 5, S. 367.

31jährige IV-para. 2mal Perforation, 1mal künstliche Frühgeburt. Beckenmaße: Sp. il. 28·5, Cr. il. 28·0, Tr. 29·5, C. ext. 17·0, C. diag. 9·5, C. vera 7·75. An der Rückfläche des Schambeines eine 0·5 *cm* hohe Exostose. Ausgetragene Schwangerschaft, Scheitellage. Die Wehen begannen am 6. Dezember 1906, ½9 Uhr abends; Sectio caesarea am 7. Dezember, ½3 Uhr früh. Medianschnitt. Plazenta am vorderen Abschnitt der linken Wand gelegen, wurde nahe dem Rande durchschnitten. Die Uteruswand wurde mit 11 Catgutsuturen zugenäht; fortlaufende Peritonealnaht (Catgut). Kind lebend, Gewicht 3500 *g*. Während des Wochenbettes gelinde Temperatursteigerung, am 22.—25. Dezember abends etwas über 38°; während dieser Zeit schwache Schmerzen im linken Bein. Involution der Gebärmutter langsam. Mutter und Kind wurden am 5. Jänner 1907 gesund aus der Klinik entlassen. Das Kind, welches von der Mutter gesäugt wurde, wog zu dieser Zeit 4200 *g*.

K. A. Hoffström, Ein Fall von Ablösung der normal gelegenen Plazenta während der Schwangerschaft. Finska Läkaresällskapets Handlingar, Mai 1907, Nr. 5, S. 382.

Eine an kongenitalem Herzklappenfehler leidende, 35jährige IX-gravida beginnt, einen Monat ante terminum und ohne nachweisbare Ursache, plötzlich aus der Scheide zu bluten; weder Trauma, noch Symptome einer Nephritis oder Endometritis lagen vor. Pat. hat sich bisher wohl befunden. Status praesens bot das klassische Bild der Plazentarlösung dar. Kräftige Tamponade der Scheide und Überführung ins Krankenhaus. Während dessen zunehmende Angst, Atemnot, Anämie, 3 Stunden nach Beginn der Blutung: Äthernarkose; Muttermund für die Fingerspitze durchgängig; Eihäute unversehrt; kein Plazentarrand zu fühlen. Dilatatio violenta Bossi wird in 40 Minuten unter sehr unbeträchtlicher Blutung ausgeführt. Wendung und Extraktion der Frucht, wobei die gelöste Plazenta mitfolgt. Zunehmender Herzkollaps und Atemnot, Kochsalzinfusion in die eröffneten, nicht thrombosierten Vv. med. basilicae unmöglich. Trotz kräftiger Stimulantien Exitus 5 Stunden nach der Erkrankung. Pathogenetisch dürfte der Herzfehler nebst dadurch bedingten Gefäßveränderungen in der Plazenta und Dezidua die Lösung verursacht haben. Nächste Todesursache war nicht die Anämie, sondern wahrscheinlich Herzparese mit Thrombose der großen Gefäße.

K. A. Hoffström, Ein Fall von Uterusruptur. Finska Läkaresällskapets Handlingar, Mai 1907, Nr. 5, S. 390.

39jährige VII-para fühlt nach 12stündigem Kreißen mit gewöhnlichen Wehen beim Abgang des Fruchtwassers einige Wehen von intensiver Stärke, worauf leichter Kollaps eintritt, indes die Wehen vollständig aufhören. Zwei Stunden später findet sich Pat. in der Entbindungsanstalt ein, wo Uterusruptur mit Austritt der Frucht in freie Bauchhöhle diagnostiziert wird. Bei unmittelbar bewerkstelligter Laparotomie wird das abgestorbene Kind nebst dem größten Teil der Plazenta frei in der Bauchhöhle vorgefunden. Riß 30 *cm* lang, linear, vom linken Uterushorn ins linke Parametrium sich erstreckend. Muskulo-muskuläre Naht in zwei Etagen, eine sero-seröse. Trockene Bauchtoilette. Afebriler Heilungsverlauf. Nach 31 Tagen wird Pat. gesund entlassen. 3 Monate später ist an den Genitalien nichts abnormes nachzuweisen. Die Ruptur wurde wahrscheinlich durch Querlage herbeigeführt.

Engström, Zur Entstehung eines großen intraperitonealen Blutergusses bzw. einer Hämatokele durch Blutung aus einem Corpus luteum. Finska Läkaresällskapets Handlingar, Juli 1907, Nr. 7, S. 123.

Bei einer 40jährigen Frau, VII-para, fanden sich alle Symptome einer Tubengravidität. Bei der Operation erwiesen sich jedoch die Tuben intakt und als Quelle der Blutung ein geborstenes frisches Corpus luteum. Die histologische Untersuchung ergab das völlige Fehlen jeglicher fötaler Bildung sowie eine ganz normale Beschaffenheit des in beginnender Atrophie befindlichen Organes. Eine ätiologische Ursache für die Blutung war nicht aufzufinden.

Hj. Bergholm, Betrachtungen anläßlich einer Pubotomie. Finska Läkaresällskapets Handlingar, August 1907, Nr. 8, S. 333.

Nach kurzem Hinweis auf das allgemeine Interesse, welches der Pubotomie als beckenerweiternder Operation neuerdings zuteil geworden ist, sowie auf verschiedene Methoden für ihre Ausführung geht Verf. an die Beschreibung des folgenden Falles.

K. K., 39jährige V-para. Verlauf früherer Entbindungen: erstes Mal lebendes Kind, langwierige Geburtsarbeit; zweites Mal totes Kind, drittes Mal ebenso. Bei der vierten Geburt hatte Verfasser Gelegenheit, die Frau zu entbinden. Sie wurde, nach etwas über dreitägiger Geburtsarbeit, am 20. Februar 1905 nach Uleåborg

gebracht. Kind in Querlage mit vorgefallenem Arme, lebend. Nach Wendung auf den Fuß wurde das Kind extrahiert, wobei die Herunterbeförderung des Kopfes durch die obere Beckenapertur große Schwierigkeiten bereitete. Das Kind, ein lebendes Mädchen, wurde tief asphyktisch geboren, erholte sich jedoch; sein Gewicht betrug 3200 *g*. Das Kind ist indessen am 22. Februar gestorben und es wurde als Todesursache eine während der Geburt entstandene intrakranielle Blutung angenommen.

Zum fünftenmal in partu, wurde Pat. am 12. März 1907 in die Entbindungsanstalt zu Uleåborg aufgenommen. Becken rachitisch platt. Maße: Sp. il. 25·5 *cm*, Cr. il. 26 *cm*, Tr. 29 *cm*, Conj. ext 17·5 *cm*, Conj. diag. 9·50 *cm*. Am 13. März war der Muttermund vollständig erweitert, die Eihäute geborsten, Kopf in Querstellung beweglich oberhalb der oberen Beckenapertur. Kräftige Wehen. Da keine Aussichten auf lebendes Kind bei spontaner Geburt vorhanden zu sein schienen, die Frau aber entschieden ein solches wünschte, so wurde zur Pubotomie geschritten. Beim Katheterisieren wurde eine Verschiebung der Blase etwas nach links konstatiert; infolgedessen wurde für die Pubotomie das rechte Schambein gewählt. Ca. 1·5 *cm* rechts von der Medianlinie wurde eine 2 *cm* lange, am oberen Rande des Schambeines entlang in querer Richtung verlaufende Inzision durch die Weichteile bis auf den Knochen gemacht. Sodann wurde unter Leitung eines in der Wunde orientierenden Fingers eine Bummsche Pubotomienadel längs der Rückfläche des rechten Schambeines, dicht am Knochen eingeführt, bis ihre Spitze unmittelbar unter dem Rande des absteigenden Schambeinastes, lateral vom Labium majus der rechten Seite heraustrat. Durch den Stichkanal wurde eine Gigli-Säge gezogen und sodann der Knochen mit Leichtigkeit durchgesägt. Dabei wurde eine Blutung aus der Urethra bemerkt. Unmittelbar eine Diastase der Knochenenden von ca. 1 *cm*. Da die Blutung aus den Wunden nicht ganz unbeträchtlich war, so wurde beschlossen, die spontane Entbindung nicht abzuwarten, sondern es wurde eine Zangenextraktion vorgenommen. Hierbei erweiterte sich die Diastase der Knochenenden noch weiter bis auf etwa 5 *cm*. Das Kind wurde lebenskräftig geboren, Gewicht 3500 *g*. Sodann Naht der oberen Wunde, worauf die Blutung stand. Beim Durchpassieren des Kopfes war ein kleiner Riß der Weichteile außerhalb des Scheideneinganges, rechts, dicht an der Klitoris, entstanden. Bei der Untersuchung dieser Läsion stellte sich heraus, daß der Riß in direkter Verbindung stand mit einer rechts von der inneren Mündung der Urethra befindlichen Öffnung der vorderen Blasenwand. Die Wunde wurde leicht mit Jodoformgaze tamponiert und ein Katheter à demeure in der Urethra zurückgelassen. Der Heilungsverlauf wurde durch eine ernsthafte Bronchitis mit jedoch geringen Temperatursteigerungen während einiger Abende etwas gestört. Die Wunden dagegen verhielten sich reaktionslos. Am 29. März war die Fistel vollständig geheilt, der Katheter wurde fortgelassen und die Frau durfte aufstehen. Der anfangs steife Gang hat sich rasch gebessert und am 6. April wurde Pat. mit ihrem Kinde gesund entlassen. Bei der Untersuchung erwiesen sich die äußeren Beckenmaße nahezu unverändert; eine Messung der Conj. diag. wurde nicht vorgenommen.

Verf. hält die Pubotomie trotz der Komplikationsgefahr für eine glückliche Operationsmethode namentlich wegen der raschen Heilung und der Festigkeit, welche das Becken wiedererlangt. Im Wettbewerb mit der künstlichen Frühgeburt möchte Verf. zwar nicht der Pubotomie den absoluten Vorzug geben, hält sie aber doch bei höherem Grade von Beckenverengerung für zweckmäßiger. Für noch hochgradigere Beckenverengerungen zieht Verf. die Möglichkeit einer künstlichen Frühgeburt in Verbindung mit Pubotomie in Betracht.

Engström, Zur Behandlung der entzündlichen Adnexaffektionen. Finska Läkaresällskapets Handlingar, September 1907, Nr. 9, S. 403.

Ruhe, geregelte, gleichmäßige Darmtätigkeit durch Klystiere, Eis auf den Leib bei Fieber, erregende Umschläge. Nachdem das eigentliche Invasionsstadium vorüber ist, wird in den Fällen, wo keine Eiterbildung zustande zu kommen scheint und wo ein tuberkulöser Prozeß mit einiger Sicherheit auszuschließen ist, die Patientin energischer, gleichwohl ohne Operation behandelt. Erregende Wasserumschläge oder Kompressen aus heißem Leinsamenbrei; Wasserklystiere und salinische Laxantien, mäßige körperliche Bewegungen und geeignete Diät. Scheidenspülungen mit Wasser von 40—48° C, wenn kein Fieber vorhanden ist; warme Sitzbäder von 38—40° C 20—30 Minuten eventuell ein heißer, 50° C, Sandsack von 2 *kg* Gewicht aufs Hypogastrium, einige Stunden abends und oft auch morgens. Pinselung der Scheide oder des Gebärmutterkanals mehr oder weniger tief mit Jodtinktur; vaginale, intrazervikale oder intrauterine Applikation von Ichthyol, Jodoform mit Glyzerin; Tonika, allgemein stärkende Behandlung. — Verf. geht zur operativen Behandlung über, die er einschlägt, wenn mit der oben beschriebenen Behandlung keine Resultate erlangt werden, besonders wenn sich Eiter in den Tuben resp. den Ovarien gebildet hat. Die Operation darf gleichwohl nicht unternommen werden, ehe $^3/_4$ Jahre seit der Infektion verflossen sind.

Emil Jusélius, Kaiserschnitt bei schräg verengtem koxalgischem Becken. Finska Läkaresällskapets Handlingar, November 1907, Nr. 11, S. 570.

Verf. berichtet über einen mit günstigem Ergebnis ausgeführten Kaiserschnitt, der an einer Frau vorgenommen wurde, welche in ihrer Kindheit einen koxitischen Prozeß des linken Hüftgelenks mit Ausgang in vollständige Ankylose dieses Gelenkes durchgemacht hatte. Das Becken ist schräg verengt mit Osteophytenbildung an der Innenseite der Gelenkpfanne, wodurch eine Entbindung per vias naturales bei nicht verkleinerter Frucht unmöglich gemacht ist. Infolge der fixierten Stellung des Femurs (schräg nach innen) bot die Untersuchung per vaginam große Schwierigkeit dar, und aus demselben Grunde wäre eine instrumentale Entbindung per vaginam unmöglich gewesen.

Engström, Zur Kenntnis zu früher Ablösung der normal gelegenen Plazenta. Finska Läkaresällskapets Handlingar, Dezember 1907, Nr. 12, S. 645.

34jährige I-para. Am 30. Jänner 2 Wochen vor der erwarteten Niederkunft heftige Schmerzen im Epigastrium, die Fruchtbewegungen hörten auf. 31. Jänner um 2 Uhr morgens Blutung aus den Genitalien. Untersuchung am 31. Jänner $^1/_2$9 Uhr morgens. Der Fundus uteri stemmt sich während der Wehen gegen die Rippenränder. Der vordere oberste Teil des Corpus uteri stark vorgewölbt durch eine teigig feste, quergehende, 15 *cm* lange Masse. Der Kopf im Beckeneingange, das Collum uteri beibehalten, schwache Wehen, keine Blutung; um 2 Uhr nachmittags Abgang des Fruchtwassers, der Muttermund für 3 Querfinger offen. 4 Uhr nachmittags Preßwehen; 7 Uhr Zange, tote Frucht. Die Nachgeburt wird manuell entfernt, hinter derselben zentraler Bluterguß. 9 Uhr abends Tod durch Herzlähmung.

Vereinsberichte.

Aus französischen wissenschaftlichen Gesellschaften.

Bulletin de la société d'obstétrique de Paris 1907, Nr. 7 u. 8. Bouchacourt. Radiopelvimétrie d'un bassin oblique ovulaire de Naegele. Nach Sectio caesarea wegen Nägeleschen Beckens wird eine Röntgenaufnahme in folgen-

der Weise vorgenommen: Mit dem Becken zugleich wird ein in der Ebene des Beckeneingangs fest um dasselbe gelegter, verschieblicher, in Zentimeter eingeteilter Metallrahmen röntgographiert und dann die auf der Photographie sichtbare Zeichnung nach dem Meßrahmen korrigiert. Verf. hält in Übereinstimmung mit H. Freund diese Methode des Messens für äußerst wertvoll.

Maygrier et Schwab: Histoire d'un petit prématuré du poids de 840 *g*. Eine infolge Nephritis der Mutter am Ende des 7. Schwangerschaftsmonates geborene Frucht wird durch künstliche Zufuhr von Ammenmilch und dreimonatlichen Aufenthalt in der Couveuse am Leben erhalten. Gewichtszunahme auf 2100 *g*. Nach 18 Monaten wog das Kind 6750 *g*.

Boquel: Fibrome praevia, opération Césarienne à terme, suivie d'hystérectomie abdominale subtotale. Kindskopfgroßes, interstitielles Myom, das die Vorderwand des unteren Uterinsegmentes einnimmt und das kleine Becken ausfüllt, läßt unter der Geburt den Kopf nicht eintreten. Laparotomie, Porrosche Operation, Heilung.

Michel de Kervily: Une lésion très fréquente du foie chez les éclamptiques: surcharge graisseuse des cellules étoilées. Michel fand bei Sektionen Eklamptischer jedesmal ausgesprochene Fettinfiltration der Lebersternzellen, auch wenn die Leberzellen selbst nur geringe Veränderungen zeigten. Diese Veränderungen finden sich selten bei nicht an Eklampsie Verstorbenen und sind nur in einem Fall von Typhus und Pocken und bei einer an Blutung verstorbenen Schwangeren beobachtet.

Guéniot: Quelques notes bactériologiques sur 11 cas de coryza épidémique des nouveau-nés. Guéniot fand bei einer in der Klinik Tarnier wütenden Coryzaepidemie, der ca. 35% der Kinder erlagen und die mit reichlicher gelblicher bis zitronengelber Absonderung einherging, meist Streptokokken und Stäbchen im Sekret und viel seltener den von Jeannin als Urheber angeschuldigten Staphylococcus aureus.

Maygrier: Grossesse interstitielle. Rupture à 2 mois 1/2 environ, hémorrhagie et péritonite. Laparotomie et hystérectomie, mort. Inhalt durch die Überschrift gegeben.

Reynier et Tissier: Hernie embryonnaire. Große Bauchspalte bei einem frühgeborenen Kind, in der sich Därme, Leber, Milz und ein Teil der Blase fand. Radikaloperation, Tod nach 24 Stunden.

Gilles: Dystocie foetale par dégénérescence kystique des reins. Wegen Zystennieren, die den Durchtritt des Bauches bei der Geburt verhindern, wird die Frucht, am Thorax beginnend, eventriert.

Bulletin de la Société Belge de Gyn. et d'Obstétr., T. 16, Nr. 5—18, 2.

Dr. H. Keiffer: Contribution à l'étude des corpuscules sensoriels rétroutérins chez le foetus humain. Verf. hat durch die Ramon y Cajalsche Methode bei einem sechsmonatlichen Fötus in dem sogenannten Frankenhäuserschen Zervikalganglion den Paccinischen ähnliche Nervenendkörperchen nachgewiesen. Sie unterscheiden sich von den Paccinischen Körperchen durch eine Zellscheide um den Achsenzylinder, die vielleicht nur vorübergehend vorhanden ist. Diese sensiblen Endkörperchen finden sich im Verlauf der gemischten Nerven, die zum Uterus ziehen, nahe am Uterus resp. der Zervix und sind für die Physiologie des Uterus, vielleicht auch für den Eintritt der Geburt (Keilmann-Knüpflersche Theorie) von Bedeutung.

Dr. A. Weymeersch: Réapparition de la sécretion lactée cinq semaines après sevrage précoce. Nach dreiwöchentlichem Stillen Absetzen des Kindes wegen eitriger Brustdrüsenentzündung. Nach 5 Wochen Enteritis des Kindes und es wird, trotzdem aus der Warze auf Druck nur geringe Flüssigkeitsmengen quellen, der Versuch des Anlegens gemacht. Nach 8 Tagen reichliche Milchsekretion, so daß das Kind bald ausschließlich an der Brust ernährt werden kann.

Dr. I. Henrotay: Trois cas d'hébotomie d'après Gigli. 3 Fälle von offener Pubiotomie mit gutem Ausgang für Mutter und Kind und raschem und günstigem Wundverlauf.

Brunet, Magdeburg.

Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging zu Amsterdam. Sitzung vom 17. März 1907.

(Vorsitzender: Prof. Nijhoff, Schriftführerin: Dr. Catharine van Tussenbroek.)

I. Sitzung am Vormittag.

Nijhoff demonstriert:

1. Photogramme von den Leichen und von den Intestina zweier Kinder, welche mit Hydrops universalis und Ödem der Plazenta zur Welt kamen.

2. Stereoskopische Photogramme von jungen menschlichen Ovula.

3. Stereoskopische Aufnahmen von vier von Redner operierten Prolapsen, welche die Haupttypen des Prolaps repräsentieren: *a)* Hypertrophie des intravaginalen Teiles des Gebärmutterhalses (Type Huguier) ohne Zysto- oder Rektokele; *b)* Inversio der vorderen Vaginalwand, Elongatio der Pars supravaginalis colli, mäßige Rektokele, Defectus perinei incompletus; *c)* Prolapsus uteri completus mit Inversio der beiden Vaginalwände. Uterus retroflektiert, reponibel; *d)* Prolapsus uteri completus mit Inversio der beiden Vaginalwände. Uterus vergrößert, irreponibel. Redner teilt mit, wie er die vier Fälle operiert hat.

II. Sitzung am Nachmittag.

Stratz berichtet über einen Fall von Hämatopyosalpinx mit Stieldrehung. 36jährige III-para bekommt nach körperlicher Überanstrengung anteponierende Menses mit heftigem Bauchschmerz. Elastische, sehr empfindliche Schwellung vorn und rechts vom Uterus. Uterus vergrößert, linke Adnexe normal. Ruhe und Resorbentia schaffen keine Erleichterung. Bei der Laparotomie findet sich im Cavum Retzii ein durch Adhäsionen fixierter, blauroter Tumor, welcher aus dem rechten Ovarium und der stark gedehnten rechten Tube besteht. Dieselben sind mit Stieldrehung über das Lig. rot. nach vorn gewälzt. Aus dem Tubarsacke entleert sich Eiter und koaguliertes Blut.

Mikroskopische Untersuchung der Tubarwand hat ergeben, daß primär wahrscheinlich eine Hydrosalpinx bestand, welche durch Stieldrehung bei hinzukommender Infektion in eine Hämatopyosalpinx verwandelt wurde.

Prof. Bolk (als Gast) demonstriert zwei weibliche Becken von Morioris, ein Volksstamm, welcher den Polynesiern angehört. Die Becken zeigen eine eigentümliche Form. Die Darmbeinkämme stehen ziemlich vertikal, der Beckenausgang ist geräumiger als der Beckeneingang, so in dem queren wie in dem geraden Durchmesser. Das Becken ist deshalb mehr zylindrisch, weniger trichterförmig und weniger hoch als das europäische Becken. Der Winkel der Ossa pubica ist größer, die Femora sind stark torquiert, das Acetabulum ist anders gerichtet als beim gewöhnlichen Frauenbecken.

An der Diskussion beteiligen sich Stratz und Nijhoff. Letzterer meint, daß die Eigentümlichkeiten dieser Becken an Rachitis erinnern. Bolk erwidert, daß die übrigen Skeletteile keine Spuren von Rachitis zeigten.

Bolk spricht über die Entwicklung des Tractus urethro-vaginalis beim Menschen.*) Der Begriff Tractus urethro-vaginalis umfaßt den Komplex von Urethra, Septum uro-vaginale, Vagina, Hymen, Vulva und Genitalia externa. Redner hat im Zusammenhang mit seiner vergleichend-anatomischen Arbeit die Entwicklung des Tractus urethro-vaginalis am menschlichen Fötus studiert. Er hat mediane Durchschnitte durch das Becken von weiblichen Föten in aufeinander folgenden Entwicklungsstadien angefertigt und faßt das Resultat seiner Untersuchungen in folgende Konklusionen zusammen:

1. Die Urethra des Menschen ist doppelter Herkunft: der obere Teil geht aus der gemeinschaftlichen Blasen-Urethralanlage hervor, der untere Teil stammt vom primitiven Sinus urogenitalis her.

*) Ausführlich publiziert in Zeitschrift für Morphologie und Anthropologie, Bd. X, H. 2: Zur Entwicklung und vergleichenden Anatomie des Tractus urethro-vaginalis der Primaten.

2. Der kaudale Abschnitt des Septum urogenitale beim Menschen entsteht durch ein Zusammenwachsen zweier Falten, die beiderseitig von der Seitenwand des primitiven Sinus urogenitalis sich erheben, einander nähern, in der Medianebene zur Verschmelzung kommen und auf diese Weise das primitive Septum nach unten verlängern.

3. Die Vagina des Menschen ist doppelter Herkunft: zum größten Teil geht sie aus dem unteren Abschnitt der verschmolzenen Müllerschen Gänge hervor, dieser Abschnitt ist als „Pars Müllerica" zu unterscheiden; der untere kleinere Teil (vielleicht etwa das untere Drittel) läßt sich vom primitiven Sinus urogenitalis ableiten, diesen Teil möchte ich „Pars adjuncta" nennen.

4. Der Hymen ist eine durch Faltenbildung der Seitenwände des primitiven Sinus urogenitalis entstandene Klappe, die paariger Herkunft ist, durch Übergreifen auf die Hinterwand des primitiven Sinus urogenitalis sich zu einer halbmondförmigen Membran ausbildet und durch eine Verschmelzung auch der vorderen Enden beider Falten sich zu einer mehr ringförmigen Klappe entwickelt.

5. Das Orificium hymenale ist eine primäre Öffnung.

6. Das Vestibulum vaginae stellt nur einen Teil des primitiven Sinus urogenitalis dar.

7. Das Perineum anterius (Carina urethralis) ist entwicklungsgeschichtlich progressiver Natur.

Diese Deutung der Entwicklungsvorgänge, welche sich der Hauptsache nach mit der Auffassung Schautas deckt, findet eine Stütze in einigen Entwicklungsdefekten, welche auf diesem Gebiete beim Menschen auftreten. Redner nennt als solche:

1. die Hypospadie der weiblichen Urethra, bedingt durch Störungen in der Verwachsung der seitlichen Falten des Sinus urogenitalis;

2. die Fälle, wo bei Mangel der Vagina die Öffnung des normal entwickelten Hymen in einen kurzen Blindsack führt, welcher der „Pars adjuncta" der Vagina entspricht;

3. die Fälle, wo in den durch einen normalen Hymen abgeschlossenen Blindsack die beiden Müllerschen Gänge gesondert ausmünden;

4. die Fälle, wo über dem normalen Hymen eine zweite diaphragmatische Falte das Lumen der Vagina verengt, welche Falte die Grenze zwischen „Pars Müllerica" und „Pars adjuncta" darstellt.

Eine weitere Stütze für seine Auffassung findet Bolk in dem von Dohrn publizierten Befund, daß die Wolffschen Gänge ein wenig über dem Hymen in der Vagina ausmünden. Diese Ausmündungsstelle bedeutet zugleich das Ende der Müllerschen Gänge (der Müllersche Hügel) und entspricht also der Grenze zwischen „Pars Müllerica" und „Pars adjuncta".

Für die Fälle von Hymenalatresie verwirft Bolk den Namen „Hymen imperforatus". Weil die Öffnung des Hymen eine primäre Öffnung ist und der Verschluß sekundär durch Faltenbildung und Verwachsung dieser Falten von hinten nach vorn zustande kommt, ist es richtiger, von „Hymen occlusivus" zu sprechen.

An der Diskussion beteiligen sich Stratz, van Tussenbroek und Oidtman.

Nijhoff spricht über abdominelle Punctio bei Hydramnios. Er hat dieselbe einmal gemacht in einem Falle von Gemelli, wo der hydramnische Fruchtsack oben, der oligohydramnische Fruchtsack unten, über den Zervikalkanal gelagert war. Diese Methode, im 18. Jahrhundert von Scarpa und Camper empfohlen, wurde nachher verlassen wegen angeblicher Gefahren durch Infektion, Übertreten von Eiteilen in die Bauchhöhle und Blutung. Der Infektionsgefahr aber kann durch peinliche Antisepsis vorgebeugt werden; eine offene Verbindung zwischen Ei und Bauchhöhle kommt nicht zustande, weil die Punktionsöffnung der Gebärmutter sich durch die Retraktion des Muskels verschließt, und Blutung kann nur auftreten, wenn man die Plazenta trifft, was bei genauer Palpation leicht zu vermeiden ist. Redner ist deshalb der Meinung, daß die abdominelle Punktion geeignet ist für solche Fälle, wo der hydramnische Fruchtsack vom Zervikalkanal aus nicht erreichbar ist.

An der Diskussion beteiligen sich Meurer, Ribbius und Oidtman. Letzterer hat in einem schweren Falle von Hydramnios ebenfalls mit gutem Erfolg die abdominelle Punktion gemacht.

Sitzung vom 26. Mai 1907. Vorsitzender: Prof. Nijhoff. Schriftführerin: Dr. Catharine van Tussenbroek.

I. Sitzung am Vormittag.

de Snoo demonstriert eine kongenitale Hernia ovarica mit partiellem Defekt der Tube. Das Präparat stammt von einem 12jährigen Mädchen. Bei der Operation fand man den medianen Pol des Ovariums fixiert durch einen muskulösen Strang, welcher zusammen mit dem Lig. rot. im Lab. majus inserierte. Dieser Strang, welcher identisch ist mit dem Gubern. Hunteri beim Manne, hat das Ovarium in den Leistenkanal gezogen, so wie der Testikel bei Kryptorchismus oder bei jungen männlichen Föten liegt. Der Fall stellt also weniger eine Ovarialhernie als einen abnormalen Descensus ovarii dar.

An der Diskussion beteiligen sich Sträter — welcher in Verbindung mit der Atresie der Tube die Frage stellt, ob vielleicht Nierendystopie bestand —, Treub, Nijhoff und Kouwer.

de Snoo demonstriert ein durch Metastase entstandenes Ovarialkarzinom. Die primäre Geschwulst war ein Karzinom des Magens, welches ein halbes Jahr vor dem Auftreten der Ovarialgeschwulst schon inoperabel war.

Kouwer demonstriert:

1. Mikroskopische Präparate von dem Uterus einer 69jährigen Frau, welche an fötidem Ausfluß litt. Obwohl das Probecurettement keine sichere Diagnose gestattete — es wurde nur gangränöses Gewebe zutage gefördert —, blieb doch die Vermutung auf Karzinom bestehen; deshalb wurde der Uterus exstirpiert. Das Organ war klein, die Mukosa atrophisch. Die Arterienwände waren infolge Wucherung des elastischen Gewebes verdickt.

2. Eine Tube, in welche sich auf rätselhafte Weise ein Stück Vioformgaze verirrt hatte. Patientin war ein paar Jahre früher wegen Peritonitis nach Provocatio abortus laparotomiert worden. Es entleerte sich blutiger Eiter. Die Höhle wurde längere Zeit tamponiert. Nachher entwickelte sich eine Hernie, welche eine zweite Laparotomie notwendig machte. Dabei fand Kouwer die dilatierte Tube an die Blase fixiert und augenscheinlich mit käsigem Inhalt gefüllt. Der Inhalt erwies sich nachher als Vioformgaze. Die Tubenwand war intakt, das Ostium abdominale offen.

3. Eine große Hydrosalpinx mit Stieldrehung.

Treub teilt zwei Fälle von Adenoma benignum der Gebärmutter in hohem Alter mit. Die eine Patientin war 69, die andere 85 Jahre alt. In beiden Fällen wurde nach einem Probecurettement, welches große Massen gewucherter Mukosa zutage förderte, der Uterus exstirpiert. Beide Uteri waren frei von Karzinom. Die gewucherten Massen erwiesen sich bei der nachträglichen mikroskopischen Untersuchung als gutartiges Adenom.

II. Sitzung am Nachmittag.

Treub teilt folgende drei Fälle mit:

1. 42jährige Patientin leidet seit 6 Jahren an heftigen Schmerzanfällen, welche sich mit immer kürzeren Intervallen wiederholen. Es besteht ein Fibromyoma uteri, das in Nabelhöhe steht. Bei der Operation zeigt sich der Tumor bedeckt vom Omentum majus, welch letzteres über der Symphysis pubis mit dem Peritoneum verwachsen war. Die Schmerzanfälle wurden also durch Zerrung am Omentum hervorgerufen.

2. Bei einer 41jährigen Virgo wird wegen eines Fibromyoma uteri, das allgemeine und lokale Beschwerden machte, der Uterus auf abdominellem Wege exstirpiert. Fünf Wochen nachher bekam Patientin einen schweren Schmerzanfall, welcher von Harnträufeln aus der Scheide gefolgt war. Redner vermutet, daß bei der Genesung der retroperitonealen Wunde der rechte Ureter in das Narbengewebe eingeklemmt wurde, daß infolge dessen Hydronephrose entstand, welche den Schmerzanfall auslöste, und daß nachher der Ureter platzte und eine Fistel entstand. In etwa sechs Wochen hat sich die Fistel ohne Therapie geschlossen.

3. Ein Fall von vaginaler Ovariotomie am Ende der Schwangerschaft, welche große Schwierigkeiten darbot. Nach dem Einschneiden der Vaginalwände blutete es so stark, daß Operieren à vue ausgeschlossen war. Nach Eröffnung der Peritonealhöhle konnte

die Zyste ziemlich leicht aus ihren Verbindungen gelöst werden, aber die Zystenwand zerriß, die Fettmasse floß über die Finger, der Stiel war schwierig zu fassen und konnte nicht unterbunden werden. Am Schlusse der Operation mußten drei Klemmzangen in der Vaginalwand belassen werden, weil die Arterien noch immer spritzten. Redner will in einem nächsten derartigen Falle die abdominelle Operation in Überlegung ziehen.

Kouwer hat in einem derartigen Falle die abdominelle Operation gewählt. Es handelte sich dort ebenfalls um ein Dermoid im Cavum Douglasii. Er hat Sectio caesarea gemacht und nachher den von starken Adhäsionen fixierten Tumor exstirpiert. Es war eine schwere Arbeit. Eine vaginale Operation wäre bestimmt noch viel schwieriger gewesen.

An der Diskussion beteiligen sich Holleman, Nijhoff, Vermey.

Kouwer teilt folgenden Fall von Eklampsie mit. 21jährige Nephritika, I-gravida, aufgenommen etwa 3 Wochen ante terminum. Allgemeine Ödeme; Vulva stark ödematös. Harnmenge etwa $^1/_2\,l$ in 24 Stunden, viel Eiweiß und Zylinder enthaltend. Eine Woche nach der Aufnahme Eintritt der Geburt. Vagina durch hochgradiges Ödem undurchgängig, deshalb Sectio caesarea unter lumbaler Stovain-Adrenalinanästhesie in Trendelenburgscher Hochlagerung. Kind lebend, Uterus gut kontrahiert. Am dritten Tage post partum erster eklamptischer Anfall, in den nächsten 24 Stunden von vier weiteren Anfällen gefolgt. Heilung. Mit chronischer Nephritis entlassen.

Nijhoff hat ebenfalls in einem derartigen Falle Sectio caesarea gemacht. Es betraf eine Patientin mit verengtem Becken, wo er die Hebotomie vorgenommen hatte. Wegen starken Ödems der Vulva hat er sich zur Sectio caesarea entschlossen.

Nijhoff teilt drei Fälle von Sectio caesarea vaginalis mit, einmal wegen Eklampsie, zweimal wegen Plac. praevia. Die beiden Fälle von Placenta praevia sind die ersten, bei welchen durch die vaginale Sectio caesarea lebende, ausgetragene Kinder entwickelt worden sind. Die Operation ist eine typische und bietet keine Schwierigkeiten für den Geburtshelfer, welcher mit der Technik der vaginalen Uterusexstirpation vertraut ist.

Driessen fragt nach der Behandlung der Nachgeburtsperiode. Was tut man, wenn die Plazenta noch nicht gelöst ist: abwarten oder manuell lösen?

Nijhoff hat in allen drei Fällen gleich nach der Geburt des Kindes die Lösung der Plazenta vorgenommen und nachher tamponiert.

Driessen zieht daraus den Schluß, daß die Operation nur für eine geburtshilfliche Klinik geeignet ist, dem Nijhoff beistimmt.

An der Diskussion beteiligen sich noch van den Horn, van den Bos und Holleman.

Dr. Catharine van Tussenbroek.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Gynaekologie.

Gardner, Ovarian Dermoid Tumour Communicating with the Rectum. Montreal Med. Journ., Nr. 3.

Mensinga, Dürfen kranke Frauen konzipieren? Der Frauenarzt, Nr. 3.

Gentile, Un' anomalia di sviluppo delle ninfe. L'Arte Ostetr., Nr. 6.

Finsterer, Beitrag zur Kenntnis der Hydrokele muliebris. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 15.

Chrobak und v. Rosthorn, Die Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane. II. Teil. Alfred Hölder, 1908.

Sippel, Bemerkungen zur Prophylaxe der Embolie nach gynaekologischen Operationen. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 15.

Hasenfeld, Ein neues Instrument zur Behandlung der Schleimhaut der Cervix uteri. Ebenda.

Küstner, Über Grenzgebiete der orthopädischen und operativen Therapie in der Gynaekologie. Med. Klinik, Nr. 15.

Rector, A Rational Method of Treatment in Chronic Endometritis. Med. Record, Nr. 13.

Malcolm, Hysterectomy performed upon a Patient with Glycosuria. Brit. Med. Journ., Nr. 2467.

Menge, Zur Behandlung der chronischen Endometritis. Die Ther. d. Gegenw., Nr. 4.
Ingier, Bidrag til ovarialdermoidernes Kasuistik og genese. Norsk Magazin for Laegevidensk., Nr. 4.
Spinelli, Il Trattamento intrauterino nella salpingo-ovarite. Archivio Ital. di Ginecol., Nr. 3.
Pistolesi, Un nuovo metodo di cura del cancro inoperabile dell' utero con l'acetone. Ebenda.
Slocum, Arteriosclerosis of the Uterus. Surg., Gyn. and Obstetr., Nr. 4.
Barrett, Fallacies of Intraabdominal and Atmospheric Pressure as Supports of the Uterus and Abdominal Organs. Ebenda.
v. Kubinyi, Heizvorrichtung an einem Operationstische. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 16.
Pincus, Zur Nomenklatur der Gynatresie. Ebenda.
v. Neugebauer, Hermaphroditismus beim Menschen. Verlag Dr. Werner Klinkhardt, Leipzig 1908.
Landau, Gebärmuttermyome bei jugendlichen Individuen. Berliner klin. Wochenschr., Nr. 16.
Bandler, The Relation of Appendicitis to Gynaecological Pelvic Diseases. Med. Record, Nr. 15.
Ingier, Beiträge zur Kasuistik und Genese der Ovarialdermoide. Beitr. zur pathol. Anat. u. allgem. Pathol., Bd. XLIII, H. 2.
Bukojemsky, Zur Frage über die soliden Teratome des Eierstockes. Archiv f. Gyn., Bd. LXXXV, H. 1.
Czyzewicz, Zur Tubenmenstruation. Ebenda.
Novak, The Significance of Pain in Pelvic Disease. The Amer. Journ. of Obstetr., April.
Boldt, The Diagnosis of Nonpuerperal Pelvic Infections. Ebenda.
Hyde, Etiology of Acute Nonpuerperal Pelvic Infection. Ebenda.
Oastler, The Treatment of Nonpuerperal Infections of the Pelvis. Ebenda.
Doran, Two Cases of Multilocular Retroperitoneal Cysts in Women. The Journ. of Obstetr. and Gyn. of the Brit. Emp., Nr. 4.
Delétrez, Volumineux kyste multiloculaire de l'ovaire chez une malade de 73 ans. Ann. de Gyn. et d'Obstetr., Avril.
Chavannaz, Trois cas de fibrome utérin sphacélé. Journ. de Med. de Bordeaux, Nr. 16.
Dorville, Traitement des ulcérations du col de l'utérus. Gaz. des Hopitaux, Nr. 46.
Eliot, Displacement of the Uterus and Chronic Appendicitis. Internat. Journ. of Surg., Nr. 21.
Crisler, The Surgical Treatment of Uterine Displacements. Ebenda.
Krusen, Two Cases of Complicated Uterine Prolapsus. Amer. Journ. of Surg., Nr. 4.
v. Ott, Eine neue Modifikation in der operativen Behandlung einiger Mastdarm-Scheidenfisteln. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 18 und Wratsch, Nr. 7.
Unterberger, Zur Diagnose des embryonalen Ovarialteratoms aus Abgängen per anum. Ebenda.
Popow, Antefixatio intraperitonealis bei fixierter Retrodeviation. Wratsch, Nr. 6, 9, 10, 15.
Kasanskij, Zur Frage des frühzeitigen Aufstehens nach großen gynaekologischen Operationen. Wratsch, Nr. 9.
Ternowskij, Zur Technik der Naht von Blasenscheidenfisteln bei Fixation der Ränder an den Beckenknochen. Wratsch, Nr. 10.
Nowikow, Ätiologie und chirurgische Behandlung des Uterusprolapses. Ebenda.
Kakuschkin, Zur Ausarbeitung von Maßnahmen zum Kampfe mit Krebserkrankungen. Ebenda.
Solowjow, Über Behandlung der Stenose des inneren Muttermundes. Ebenda.
Ssjerjosnikow, Über Beleuchtung der Bauchhöhle, des Dickdarmes, der Blase nach Ott. Ebenda.
Nenadowitsch, Zur Behandlung von Frauenkrankheiten nach Bier. Ebenda.
Nenadowitsch, Über Behandlung der Endometritis mit Formalinglyzerin. Ebenda.
Cholmogorow, Über Hämatom der Scheide und der äußeren Genitalien. Wratsch, Nr. 11.
Korobkow, Operation retroperitonealer Fibromyome. Wratsch, Nr. 12.
Speranskaja, Nekrose des Fibroids des schwangeren Uterus als Ursache von Darmokklusion. Ebenda.
Himmelfarb, Über den Pfannenstielschen Schnitt. Ebenda.
Tschernjachowskij, Über die Ursachen entzündlicher Genitalerkrankungen. Ebenda.
Alexandrow, Die wissenschaftlichen Grundlagen der Elektrotherapie von Frauenkrankheiten. Ebenda.
Kiparskij, Tuberkulose der weiblichen Beckenorgane. Ebenda.
Cholodkowskij, Zur Frage des „nassen Weges" bei Bauchoperationen. Ebenda.
Burdsinskij, Operative Therapie eitriger Adnextumoren. Wratsch, Nr. 12, 15.
Müller, Die Verlagerungen des Uterus als Folgen von Aborten und Entbindungen und deren Therapie. Der Frauenarzt, Nr. 4.
Goelet, The Treatment of Endometritis by Irrigation and Drainage. Med. Record, Nr. 17.
Barrett, Ventro-Suspensio-Fixation of the Uterus. Ebenda.
Thomson, Über Dauerresultate nach Prolapsoperationen. Inaug.-Diss., Jena, März 1908.

Geburtshilfe.

Baisch, Die gegenwärtigen Wandlungen in der operativen Geburtshilfe. Münchener med. Wochenschr., Nr. 12.
Seitz, Über Lokalisation und klinische Symptome intrakranieller Blutergüsse Neugeborener. Ebenda.
Sellheim, Über 3 seltene Formen von Blutung unter der Geburt. Ebenda.
Bussi, Di un caso di anencefalia causa di distocia e della sua eziologia embriologica. La Riforma Medica, Nr. 12.
Robbinovitz, Cause of Premature Separation of the Placenta. New York Med. Journ., Nr. 11.
Brindeau et Nattan-Carrier, Le placenta des éclamptiques. L'Obstétr., 1908, Nr. 1.
Fabre, Traitement prophylactique et curatif des infections puerpérales à streptocoques pyogènes par l'essence de térébenthine. Ebenda.
Meyer, Rupture de cicatrice utérine après section césarienne. Ebenda.
Guéniot, Le placenta est-il un milieu de culture propice au développement des microbes? Ebenda.
Bayer, Vorlesungen über allgemeine Geburtshilfe. Bd. I, H. 3, Schlesier & Schweikhardt, Straßburg 1908.
Essen-Möller, Ein Fall von Nierendekapsulation bei Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 14.
Baumm, Die suprasymphysäre Entbindung. Ebenda.
Andérodias et Péry, Les abcès puerperaux de l'utérus. Journ. de Méd. de Bordeaux, Nr. 13.
Brothers, The Diagnosis and Treatment of Early Ectopic Gestation. Med. Record, Nr. 12.
Ahlfeld, Der Nabelkegelpuls. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. LXI, H. 3.
Ahlfeld, Ausgetragene und doch nicht reife Kinder. Ebenda.
Ahlfeld, Der Einfluß des Brustumfanges der Neugeborenen auf Haltung und Lage des Kindes. Ebenda.
Wallart, Verhalten der interstitiellen Eierstocksdrüse bei Osteomalakie. Ebenda.
Labhardt und Wallart, Über Pemphigus neonatorum simplex congenitus. Ebenda.
Hoffmann, Eine Riesenfrucht mit Hydrozephalus, allgemeinem Ödem und Spina bifida. Der Frauenarzt, Nr. 3.
Góth, Ein neuer Handgriff zur Behandlung der atonischen Nachblutungen. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 15.
Geisler, Der Einfluß auf das Leben des Kindes bei prophylaktischer Wendung. Inaug.-Diss., März 1908.
Michaelis, Some Remarks on Occipitoposterior Positions. New York Med. Journ., Nr. 13.
Liepmann, Die Eklampsie und ihre Behandlung. Therap. Monatsh., Nr. 4.
Finsterer, Über Extrauteringravidität mit besonderer Berücksichtigung der selteneren Formen. Zeitschr. f. Heilk., Bd. XXVIII, Suppl.
Colorni, Di un caso di mola carnosa-vescicolare-ematomatosa, espulsa dopo 10 mesi di gravidanza. Lucina, Nr. 4.
Gigli, Le operazioni dilatanti il bacino. Archivio Ital. di Ginecol., Nr. 3.
Ricci, Terapia dell' eclampsia puerperale-trattamento ostetrico. Ebenda.
Stowe, The Death of the Mature Fetus in Labor. Surg., Gyn. and Obstetr., Nr. 4.
Normandie, Breech Presentations. Ebenda.
Donaldson, Report of a Case of Rupture of the Uterus and Prolapse of the Bowel. Ebenda.
Ciulla, Studio Clinico e medico-legale della gravidanza tardiva. La Ginecol. moderna, Nr. 4.
Küstner, Über Sellheims extraperitonealen zervikalen Kaiserschnitt. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 16.
Engelhorn, Zur Behandlung der Eihautretention. Ebenda.
Mathes, Osteoplastische Beckenerweiterung. Ebenda.
Paggi, Intorno al governo dei parti nei bacini leggermente piatti. La Clinica ostetr., Nr. 7.
Gargiulo, Lo zucchero ad alte dosi nell' inerzia uterina delle partorienti. Ebenda.
Barnabò, Lunga ritenzione di placenta dopo l'aborto. Ebenda.
Garipuy et Claude, Un cas d'anémie pernicieuse chez une femme enceinte. Bull. de la Soc. d'Obstetr. de Paris, Nr. 2 u. 3.
Macé, Rupture du grand droit de l'abdomen chez une femme enceinte. Ebenda.
Delporte, Contribution à l'étude des origines des ruptures tubaires. Ebenda.
Berthaux et Burnier, Un cas de grossesse extramembreuse. Ebenda.
Berthaux et Trillat, Trois opérations césariennes. Ebenda.
Fabre et Bourret, Grossesse tubaire arrêtée dans son évolution et non rompue. Ebenda.
Cathala, Opération césarienne post mortem. Ebenda.
Berkofsky, Zur Unterbindung der Venae spermaticae bei puerperaler Pyämie. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 17.
Müller, Eine Nabelschnurklemme. Münchener med. Wochenschr., Nr. 15.
Cope, Labour in a Case of Triple Pregnancy. Lancet, Nr. 4415.

Hammerschlag, Über Diagnose und Therapie des Hydrozephalus. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXVII, H. 4.
Gans, Früh- und Spätresultate der Zangenoperation für Mutter und Kind. Ebenda.
Kuliga, Über Sirenenmißbildungen und ihre Genese. Ebenda.
Neu, Gehstörung nach Hebosteotomie. Ebenda.
Zangemeister, Über die Serotherapie der Streptokokkeninfektionen. Münchener med. Wochenschr., Nr. 16.
Feuchtwanger, Beitrag zur Ätiologie der erworbenen Asphyxie der Neugeborenen. Ebenda.
Hammerschlag, Über die Behandlung der Plazenta praevia. Med. Klinik, Nr. 17.
Gordon, Notes on Treatment of Puerperal Fever. Brit. Med. Journ., Nr. 2469.
Fromme, Klinische und bakteriologische Studien zum Puerperalfieber. Archiv f. Gyn., Bd. LXXXV, H. 1.
Fromme, Über den extraperitonealen Kaiserschnitt. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 17.
Rubeski, Sectio caesarea cervicalis. Ebenda.
Schickele, Die bleibende Erweiterung des engen Beckens. Ebenda.
Hammerschlag, Die Anwendung der Abortzange. Ebenda.
Liepmann, Zur Ätiologie der Placenta marginata und circumvallata. Ebenda.
Pomeroy, Report of a Case of Impacted Breech Presentation Treated by Hebotomy. The Amer. Journ. of Obstetr., April.
Mc Lean, Temporary or Apparent Disproportion Between the Fetal Head and the Maternal Canal. Ebenda.
Vorhees, Disproportion Between the Fetal Head and the Maternal Pelvis and its Management. Ebenda.
Vineberg, Ectopic Pregnancy in the Stump of an Excised Tube. Ebenda.
Barbour, On the Frozen Sections by Bumm and Blumreich and by Zangemeister. Is there a lower Uterine Segment? The Journ. of Obstetr. and Gyn. of the Brit. Emp., Nr. 4 und 5.
Andrews and Maxwell, A case of Difficult Labour, with Observations on the Retraction Ring and on the Post-Maturity of the Foetus. Ebenda.
Suhr, Early Tubal Gestation. Ebenda.
Green, Injuries to the Eyes of the Child Incident to Instrumental Delivery. Interstate Med. Journ., Nr. 4.
Schwab, The Relation of Instrumental Delivery to Trauma of the Child Nervous System. Ebenda.
Marquis, Staphylococcies et coli-bacilloses puerpérales. Ann. de Gyn. et d'Obstétr., Avril.
Rouville, Hématocèle rétro-utérine. Ebenda.
Delestre, Rupture spontanée de la symphyse pubienne. Ebenda.
Feitler, Über Nabelversorgung. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 18.
Herzberg, Ein einfaches Hilfsmittel zur Erleichterung der Geburten. Münchener med. Wochenschr., Nr. 17.
Barrows, Uterine Fibroids Complicating Pregnancy. Amer. Journ. of Surg., April.
Johnson, Cesarean Section. Ebenda.
Hoffmann, Antithyreoidin Moebius bei Osteomalakie. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 18.
Fromm, Ein weiterer Fall von Appendicitis gangraenosa in graviditate mit tödlichem Ausgang. Ebenda.
Mc Pherson, Placenta praevia. Bull. of the Lying-in Hosp. of the City of New York, Nr. 3.
Gushee, A Study of 100 Cases of Caesarean Section. Ebenda.
Markoe, A Note on the Application of Biers Method in the Treatment of Puerperal Mastitis. Ebenda.
Levi, Contributo allo studio del distacco di placenta normalmente inserta. La Rass. d'Ostetr. e Gin., Nr. 4.
Vaccari, Sulle affinità di alcuni momenti eziologici della macrosomia fetale e della gemellazione. Ebenda.
Rebaudi, Critica all' uso degli eccitatori e dei dilatatori uterini nella pratica ostetrica, con speciale riguardo all' eccitatore Tarnier ed al dilatatore Bossi. Ebenda.
Alexandrow, Fall von Pubiotomie. Wratsch, Nr. 8.
Schewaldyschew, Gebärmutterexstirpation wegen bedrohlicher Blutung nach vorzeitiger Plazentalösung. Ebenda.
Pljeschkow, Hysterokolpokleisis und Schwangerschaft. Ebenda.
Prosorowskij, Über die Veränderung des Beckens bei Pubiotomie. Wratsch, Nr. 9.
Iljin, Über die Heilung der Knochenwunde nach Pubiotomie. Ebenda.
Cholmogorow, Therapie des engen Beckens. Ebenda.
Nikolajew, Extrauteringravidität. Wratsch, Nr. 10.
Ischunin, Intrauterindrainage post partum. Ebenda.
Matwejew, Geburt unter Morphin-Skopolamin-Narkose. Ebenda.
Mykertschiang, Fibromyom bei Schwangerschaft. Wratsch, Nr. 12.

Skrobanskij, Neueste Daten über den Ursprung der Osteomalakie. Wratsch, Nr. 12, 15.
Sjablow, Zur Kasuistik des missed labour. Wratschebnaja Gaz., Nr. 16.
Schtscherbakow, Fall von verschleppter Querlage und deren Therapie. Ebenda.

Aus Grenzgebieten.

Strahl und Martin, Die puerperale Involution des Uterus beim Schaf. Anat. Anz., Nr. 11 u. 12.
Rörik und Guillebeau, Die Oberfläche der Semiplacenta materna beim Rind. Ebenda.
Paladino, Nouvelles études sur la placentation de la femme. Arch. Ital. de Biol., T. XLVIII, F. II.
Koessler und Neumann, Opsonine und Schwangerschaft. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 14.
Pincus, Constipatio muscularis s. traumatica mulieris chronica. Samml. klin. Vortr., Nr. 173/174.
Ingerslev, Über bildliche Darstellungen älterer Zeit, die Gynaekologie und Geburtshilfe betreffend. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. LXI, H. 3.
Ahlfeld, Schwimmende Lungen ohne Luftgehalt. Ebenda.
Gerstenberg und Hein, Anatomische Beiträge zur Rückenmarksanästhesie. Ebenda.
Freymuth, Die Unterscheidung der Streptokokken durch Blutnährböden. Ebenda.
Kritzler, Die Gynaekologie und Geburtshilfe Ambroise Parés. Der Frauenarzt, Nr. 3.
Rebaudi, L'Azoto Colloidale nell'urine delle donne durante la gravidanza, il travaglio di parto ed il puerperio. La Ginecol. moderna, Nr. 4.
Tovo, Sulla possibilità di una fecondazione in donne avanzate d'età. Ebenda.
Bossi, Das Schreiben des Prof. Pestalozza, betreffend die Anerkennung der Verdienste des Dr. Gigli. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 16.
Runge, Gynaekologie und Geburtshilfe in ihren Beziehungen zur Ophthalmologie. Joh. Ambrosius Barth, Leipzig 1908.
Keiffer, Le système nerveux ganglionnaire de l'utérus humain. Bull. de la Soc. d'Obstétr. de Paris, Nr. 2 u. 3.
Link, Über akzidentelle Herzgeräusche bei Schwangeren. Münchener med. Wochenschr., Nr. 15.
Brewitt, Aus gynaekologischem Grenzgebiete. Ebenda.
Stilling, Über den Bau und die Transplantation des Epoophoron. Beitr. zur pathol. Anat. u. allg. Pathol., Bd. XLIII, H. 2.
Busse, Die Leukozytose, eine Schutzvorrichtung des Körpers gegen Infektion. Archiv f. Gyn., Bd. LXXXV, H. 1.
Kehrer, Zur Lehre von den herzlosen Mißgeburten. Ebenda.
Armann, Über einen Fall von Pulsationen, beobachtet am primitiven Herzschlauch des menschlichen Embryo aus der 2. Woche. Ebenda.
Heinricius, Experimentelle Untersuchungen über die Einwirkung des Bacillus aërogenes capsulatus auf die Schleimhaut der Gebärmutter und der Scheide. Ebenda.
Walthard, Über die sogenannten psychoneurotischen Ausfallserscheinungen. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 17.

Personalien und Notizen.

(Personalien.) **Ernannt:** Zum Professor der Geburtshilfe Dr. Laudenbach in Kiew.

(**„La Gynecologia Minore."**) Diese neue, für italienische Hebammen bestimmte Zeitschrift, herausgegeben von L. M. Bossi, redigiert von Giulio Carli und Pastore Albino, erscheint seit 1. Jänner 1908 am Ersten jedes Monats in Genua. Die vorliegenden fünf Hefte beweisen, daß diese von Ärzten redigierte Hebammenzeitung bei hoher stehendem Niveau der Artikel dem Verständnis der Leserinnen zumindest ebenso angepaßt ist wie die deutschen, von Hebammen redigierten Blätter gleicher Bestimmung.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: **Dr. Oskar Frankl.**

Herausgeber, Eigentümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg.**

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

GYNAEKOLOGISCHE RUNDSCHAU.

ZENTRALORGAN

FÜR

GEBURTSHILFE UND FRAUENKRANKHEITEN.

II. Jahrg. **1908.** **13. Heft.**

Original-Artikel.

Zur Blutstillung bei Hebosteotomie.

Von Prof. Dr. **Alex. Rosner,** Krakau.

(Mit 2 Textfiguren.)

„Die Gefahr der Blutung und Verblutung ist wohl zu beachten und stempelt die Hebosteotomie zu einer Operation, die mit allen dagegen anzuwendenden Mitteln ausgerüstet sein muß.“ Diese Meinung spricht der vielerfahrene und um die Technik der Operation so sehr verdiente Döderlein in seinem ausgezeichneten Referate über Technik, Erfolge und Indikationen zu beckenerweiternden Operationen aus, welches die Grundlage der Diskussion auf dem Dresdener Kongresse bildete (pag. 147, 148). Neben Infektion, kommunizierenden Scheidenrissen, Blasenverletzungen und Thrombosierung größerer Gefäße mit eventueller Embolie ist es eben die Blutung, welche zu lebensgefährlichen Komplikationen der Hebosteotomie gehört und in einem Falle sogar unmittelbar den Tod verursachte.

Die Blutung kann aber auch dadurch gefährlich werden, daß sie zu Hämatomen führt, welche ihrerseits auf dem Wege der Infektion resp. Verjauchung das Leben bedrohen können. Sonst ist aber auch ohne Bildung von Hämatom eine jede größere Blutung während der Geburt ernst zu nehmen, weil sie zur Anämie mit allen ihren üblen Folgen führt.

Lebensgefährliche Blutungen nach Hebosteotomie sind glücklicherweise selten. Soviel uns bekannt, endete nur der v. Rosthornsche Fall letal, in mehreren Fällen [1]) war die Blutung sehr stark, stand aber endlich auf Kompression, Umstechung bzw. Unterbindung der Gefäße nach Durchtrennung der Weichteile. Ich erlebte auch einmal eine sehr starke venöse Blutung, die während der Durchsägung des Knochens einsetzte und erst durch stundenlange Kompression zum Stillstand gebracht werden konnte.

Man hat die Frage nach der Quelle dieser Blutungen durch ausgezeichnete anatomische Studien (Tandler, Sellheim) zu beantworten versucht und wir wissen es heutzutage, welche Gefäße es sind, aus denen es blutet.

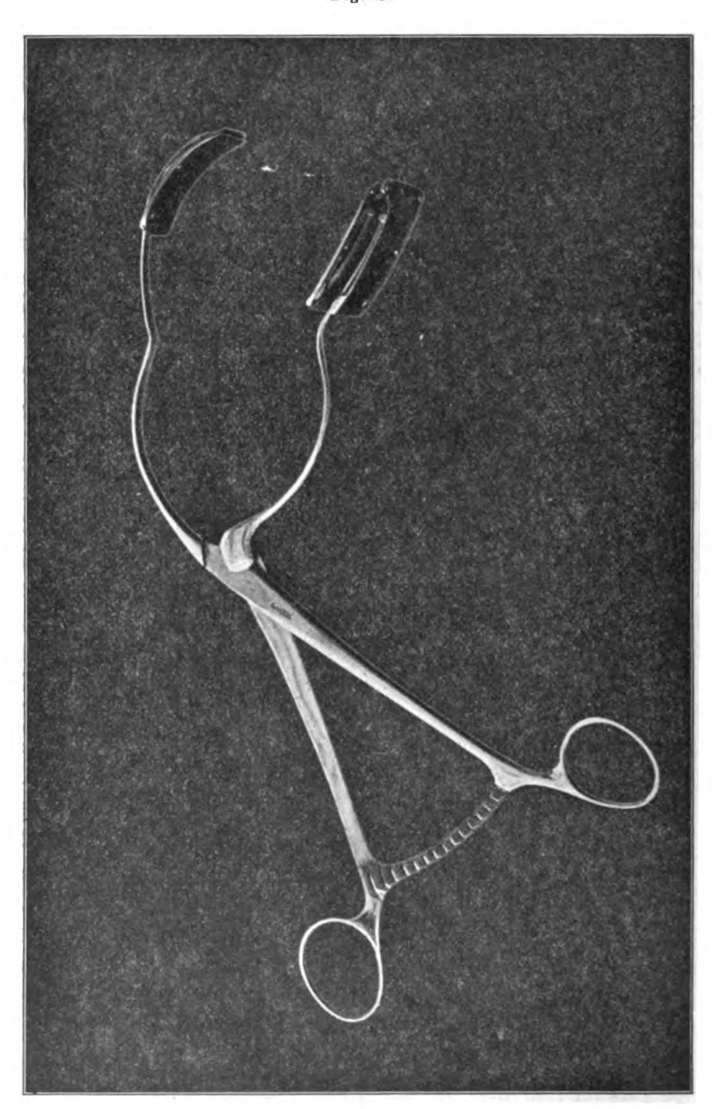
Die Frage wäre aber auch so zu stellen, ob während der Geburt besondere Verhältnisse vorliegen, die zu lebensgefährlichen foudroyanten, venösen Blutungen aus diesen Gefäßen disponieren, oder ob das Kaliber der lädierten Gefäße die Abundanz und die Vehemenz der Blutung zur Genüge erklärt. Nun scheint es, als ob hier der Druck des vorliegenden Kindsteiles (Kopfes) auf die Abflußvenen in manchen Fällen die Blutung verstärkt hätte. Diesen Druck und seine Wirkung stelle ich mir so vor,

[1]) Zwei Fälle von Zweifel, zwei Fälle von Döderlein, je ein Fall von Hofmeier, Olshausen, Puppel, Rieck, Pfannenstiel, Fehling, Mackwitz, Hammerschlag, Tweedy.

wie die Wirkung einer Kompression der Extremität durch lose liegende Esmarchsche Binde, die den arteriellen Blutzufluß nicht verhindert, wohl aber den venösen Blutabfluß. Venöse Blutung kann unter solchen Verhältnissen sehr stark werden.

Ein derartiges Experiment (in kleinem Maßstabe) sehen wir oft während der Geburt. Vor dem Einschneiden des Kopfes entsteht ein kleiner Riß im unteren Teile der

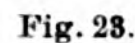
Fig. 22.

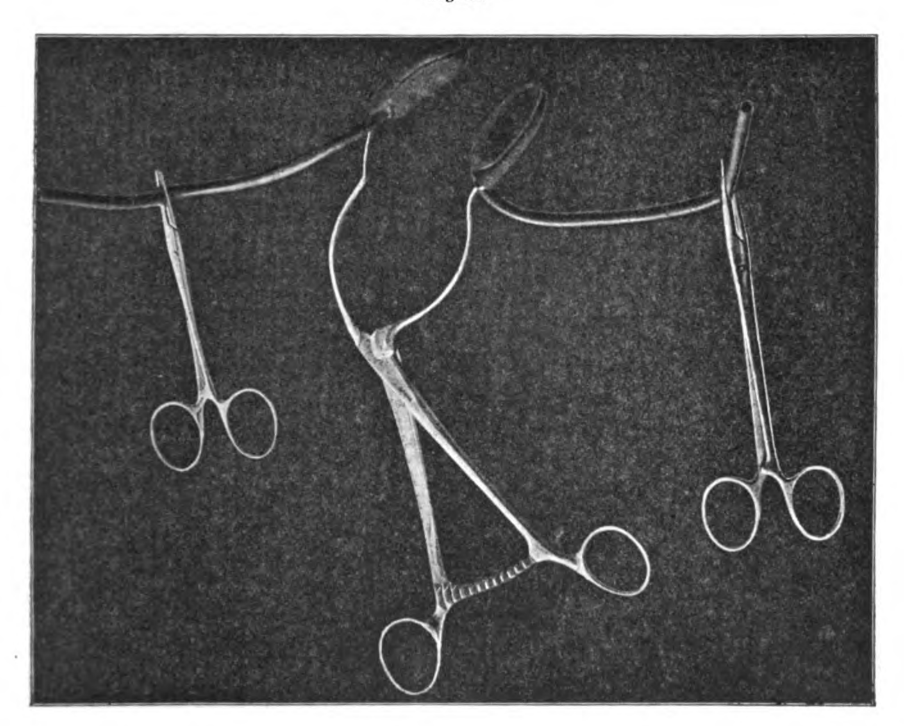


Vagina oder in der Vulva und es blutet ziemlich stark. Blutgerinnsel bedecken den nun einschneidenden kindlichen Kopf. Nach der Geburt des Kindes ist von dieser Blutung nichts mehr zu bemerken; im Momente der Geburt ändern sich die Verhältnisse, die Abflußvenen werden von dem kindlichen Körper nicht mehr komprimiert, die Rückkehr zum normalen Blutdruck und normaler Zirkulation wirkte hier blutstillend.

Daß der Druck des vorliegenden Kindsteiles auf die Abflußvenen die Vehemenz der Blutung bei Hebosteotomie erklärt, ist wenigstens in diesen Fällen wahrscheinlich, wo nach der Entbindung die Blutung aufhört (Pfannenstiel). In meinem Falle hörte die Blutung zwar nicht ganz auf, wurde aber auffallend geringer.

Unzweifelhaft ist deshalb bei einer jeden starken Blutung die sofortige Entbindung angezeigt. Forcierte Entbindung kann aber, wie bekannt, zu schweren Nebenverletzungen führen, die ihrerseits Blutungen verursachen, ganz besonders dann, wenn zu früh hebosteotomiert wurde, und zwar bei uneröffnetem Muttermunde, bei unvorbereiteten Weichteilen und bei noch nicht konfiguriertem Kopfe. Deshalb bin ich mit Hocheisen und Henkel vollkommen darin einig, daß man vor der Hebosteotomie womöglich lange abwarten sollte, um dann im Falle einer sehr starken Blutung im-


Fig. 23.



stande zu sein, sofort und ohne große Gefahr der Nebenverletzungen die Operierte zu entbinden.

Die meisten Blutungen nach Hebosteotomie stehen, wie bekannt, auf Kompression. Dieselbe muß jedoch so ausgeführt werden, daß dem Druck von außen ein Gegendruck von der Scheide aus entspreche. Meistens wird deshalb die Scheide stark tamponiert und gegen diesen Tampon (falls die Blutung noch nicht steht) von außen gedrückt. Oder aber wird die Wunde von außen und innen zwischen den Fingern komprimiert, welche ähnlich wie die Branchen des v. Mikuliczschen Tonsillenkompressoriums wirken. Am bequemsten wäre unzweifelhaft ein dem Mikuliczschen ähnliches Kompressorium zwecks dauernder Kompression anzulegen, und zwar derart, daß eine Branche in die Scheide, die andere außen zu liegen käme. Die zwischen diesen Branchen gelegenen Teile müßten durch Schließen des Instruments gedrückt werden.

Ich ließ mir ein derartiges Kompressorium konstruieren. In der Konstruktion desselben mußte darauf geachtet werden, daß 1. die scharfen Ränder der durchgesägten Knochen bei längerem Druck des Instrumentes einen Dekubitus (Blase, Scheide etc.) leicht verursachen könnten, und 2. daß die hauptsächlich blutenden Gefäße, d. i. die Venen des Corp. cavern. clitoridis, dicht am unteren Rande des Knochen liegen und deshalb mit gewöhnlichem Kompressorium schwer zu komprimieren wären. Deshalb mußte das neue Instrument derartig konstruiert werden, daß 1. auch der länger dauernde, ausreichend starke Druck der Branchen keinen Dekubitus hervorrufe, und 2. daß die drückenden Branchen sich den Unebenheiten der Knochen anpassen und auf diese Weise gleichmäßig alles komprimieren, was zwischen denselben liegt.

Diesen beiden Forderungen entspricht mein Instrument, dessen Abbildungen hier vorliegen. (Fig. 22 und 23.)

Dasselbe besteht aus einer Zange mit knieförmig abgebogenen Branchen, deren längere (29 *cm*) in die Scheide, deren kürzere (26 *cm*) außen zu liegen kommt. Die Branchen sind neben dem Schloß nach außen abgebogen, entsprechend der großen Schamlippe, die bei fungierendem Instrument in dieser Ausbuchtung liegt.

Auf die freien Enden der Branchen werden Metallplatten übergeschoben, die sich um die Längsachse derselben etwas drehen können. Dies wird dadurch erreicht, daß eine auf der Rückseite der Platte angebrachte Feder die Branche lose umfaßt.

Das etwas umgebogene Ende dieser Feder greift in eine Vertiefung der Branche und verhindert hierdurch ein Abgleiten der Platte. Die Platte, die in die Scheide zu liegen kommt, hat eine stärkere Konkavität, als die von außen wirkende. Dies entspricht der stärkeren Konvexität der hinteren Fläche des Schambeins gegenüber der vorderen.

Zur Erreichung einer elastischen Druckwirkung werden auf diese Metallplatten diesen entsprechend geformte kleine Gummihülsen geschoben, welche mittelst eines seitlich angebrachten Füllschlauches, der nach Erreichung des erforderlichen Füllungsgrades geschlossen wird, aufgebläht werden können. Ich fülle diese Gummihülsen mit Luft mit Hilfe einer gewöhnlichen Spritze und schließe die Schläuche mit Arterienklemmen ab.

Die Metallplatten und die ihnen entsprechenden Gummihülsen können verschieden breit, je nach Bedarf konstruiert werden. Ich verfüge über zwei Größen, die mir auszureichen scheinen. Beide sind ca. 4 *cm* hoch, die Breite dagegen beträgt 3·5 *cm* resp. 2·2 *cm*.

Das Instrument übt (dank den Luftpolstern) einen leichten gleichmäßigen Druck auf die gefaßten Gewebe, was dem Dekubitus auch bei länger dauerndem Druck vorbeugt.

Die mit Luft gefüllten Polster passen sich an alle Unebenheiten umso besser an, als die Metallplatten, über welche sie geschoben sind, und die Längsachsen der Branchen etwas drehbar sind. Es versteht sich von selbst, daß das Instrument im Momente der Geburt des Kindes abgenommen werden muß.

Das ganze Instrument ist einfach konstruiert, läßt sich leicht reinigen und desinfizieren. Auch die Gummihülsen vertragen das 10 Minuten lange Kochen ausgezeichnet.

Ich war zweimal in der Lage, das Instrument bei Hebosteotomie anzuwenden. Beide Male handelt es sich um keine allzu starke Blutung. Beide Male wurde dieselbe prompt sistiert, so daß es weder aus den Wunden blutete, noch sich ein Hämatom bildete. Im zweiten Fall wurde beim Sperren der Branche das bereits zu einem kleinen Hämatom angesammelte Blut durch beide Wunden ausgedrückt. Ich operierte nach Döderlein.

Ich bin mit Sigwart darin einverstanden, daß es angezeigt ist, dem Entstehen eines Hämatoms vorzubeugen, was mit meinem Instrument leicht erreichbar ist.

Die Hebosteotomie steht im Brennpunkte des geburtshilflichen Interesses. Die Mehrzahl der Operateure ist heutzutage darin einig, daß dieselbe ausgezeichnetes zu leisten vermag — daß sie jedoch nicht in die Privatwohnung gehört. Sie als eine leichte, gefahrlose Operation vorzustellen, ist ein Fehler. Ja — man muß sogar behaupten, daß, wenn Verblutungen wie im Falle v. Rosthorns auch bei anderen, ebenso erfahrenen Operateuren und in klinischer Praxis vorkommen sollten, daß dies imstande wäre, die Hebosteotomie vollkommen zu diskreditieren, wie dies Döderlein mit Recht hervorhebt.

Im Interesse der Operation liegt es deshalb, an die Gefahr der Verblutung in jedem Falle zu denken, und gegen dieselbe ausgerüstet zu sein.

Mit Recht sagt Bumm: „Ich weiß nicht, was mir lieber ist, eine kleine stichförmige Blasenverletzung, die mit Dauerkatheter glatt heilt, oder eine große Blutung, mit der ich in der Praxis nichts anfangen kann.“ Ich hoffe, daß mein Kompressorium, falls es meinen Erwartungen entspricht, den Operateur in die Lage versetzen wird, ohne das Gefühl der Beunruhigung wegen eventueller Blutungsgefahr an die Hebosteotomie zu treten.

Das Instrument wurde von Herrn Georg Haertel, Breslau, Albrechtstraße 42, verfertigt, der das Muster geschützt hat.

Aus der gynäkologischen Abteilung der Krankenanstalt Magdeburg-Sudenburg (Oberarzt: Sanitätsrat Dr. Thorn).

Zur Therapie der Reflexio uteri gravidi fixata.

Von **Richard Schlichting.**

Im Sommer 1907 hatte ich Gelegenheit, auf der gynaekologischen Abteilung eine Patientin zu entbinden, bei welcher 6 Monate vorher die Laparotomie und Ventrifixation nach Olshausen am graviden fixierten retroflektierten Uterus gemacht worden war, um sie von heftigen Unterleibsschmerzen zu befreien. Einige Wochen später konnte ich bei einer ähnlichen Operation assistieren.

So häufig die Retroflexio uteri gravidi mobilis ist, so selten ist die fixata. Das ist leicht verständlich, wenn wir bedenken, daß ausgedehntere Entzündungen im Perimetrium gewöhnlich auch die Tuben schwerer verändern und damit Sterilität bedingen. Im allgemeinen wird es sich also bei Retroflexio uteri fixata um keine sehr ausgedehnten adhäsiven Prozesse handeln. Die Schwangerschaft nun ist das beste Mittel, derartige Verwachsungen der Gebärmutter zu dehnen, zu lösen und zur Resorption zu bringen. Daraus folgt, daß man bei sicherer Diagnose: Gravidität des retroflektierten fixierten Uterus nicht ohne weiteres das Recht hat, sofort zur Operation zu schreiten, wenn keine Inkarzeration und keine hochgradigen Beschwerden bestehen. Gelingt es aber auf keine Weise, auch nach wiederholten Repositionsversuchen in Narkose nicht, den Uterus zu befreien, so ist zu operieren, bevor schwere Störungen auftreten.

Die beste Operation in solchen Fällen ist die Laparotomie: denn nur diese garantiert neben einer guten Übersicht ein vorsichtiges Lösen der Verwachsungen und setzt am Uterus das geringste Trauma, vermeidet also am besten den Abortus.

Bei dem noch herrschenden schroffen Gegensatz in der Stellung der verschiedenen Autoren zur Therapie der irreponiblen Retroflexio, über die ich sogleich kurz referieren werde, darf die Veröffentlichung unserer Fälle wohl auf einiges Interesse rechnen.

Am Schluß seines Kapitels über Gravidität bei Retroflexio sagt Zweifel zusammenfassend (Lehrb. d. Geburtshilfe, 2. Aufl. S. 311): „Die Retroversio und Retroflexio uteri ist eine häufige Ursache des Abortus. Erfolgt kein spontanes Emporsteigen, so kommt es unfehlbar zur Incarceratio uteri gravidi retroflexi, deren unfehlbares Zeichen eine Ischuria paradoxa ist. Bei der eingeklemmten Retroflexio uteri gravidi muß zuerst die überfüllte Harnblase entleert und dann die Gebärmutter aufgerichtet werden. Weitere Eingriffe, wie Einleitung des Abortus oder Punktion des Uterus dürfen nur ausgeführt werden nach Aufrichtungsversuchen, die selbst in Chloroformnarkose erfolglos blieben.

Zu solcher Aufrichtung eines fixierten graviden Uterus hat man sogar eigene hebelartige Instrumente ersonnen. Natürlich ist die Gefahr des Abortus eine große bei einer Reposition, die immer, wenn es gilt Verwachsungsstränge zu lösen, mehr oder weniger Kraftanwendung erfordert."

Spencer Wells empfahl, den Uterus vom hinteren Scheidengewölbe zu punktieren, da es, wenn ein Repositionsversuch erfolglos wäre, oft Schwierigkeiten mache, den Abortus bei schwer zugänglicher Zervix einzuleiten.

Olshausen machte bei einem osteomalazischen Becken mit so enger Conjugata vera, daß eine Reduktion des graviden Uterus unmöglich war, die vaginale Totalexstirpation.

Mann berichtet in The Amer. Journ. of Obst., Vol. XXXVIII, pag. 21 (Referat im Jahresb. über Fortschr., 1898) über zwei Fälle, in denen alle Repositionsversuche erfolglos waren, auch in Knieellenbogenlage, bei denen dann die Köliotomie und manuelle Reposition des inkarzerierten schwangeren Uterus gemacht wurde, worauf glatte Genesung erfolgte. Er hält es nicht für gerechtfertigt, in solchen Fällen den Uterus zu entleeren, sondern rät das Abdomen zu eröffnen und manuell zu reponieren.

Dührssen empfiehlt in seinem Vortrag in der Maisitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe — Leipzig (Zentralbl. f. Gyn., 1897, Nr. 32 und Nachtrag zur Frage der Retroflexio uteri gravidi, ebenda Nr. 50) die Entleerung der Blase bei Inkarzeration in der Regel durch Katheterismus; sollte er ausnahmsweise mißlingen, so hält er Blasenpunktion für gerechtfertigt. Die Reposition von der Vagina aus soll in Knieellenbogenlage oder in Beckenhochlagerung vorgenommen werden, eventuell in Narkose und unter Anziehen der Portio mit Kugelzange. Nach gelungener Reposition legt er im 3. Monat stets den Ring ein. Mißlingt die Reposition, so kann unter regelmäßiger Entleerung der Blase und des Mastdarms abgewartet werden. Bei Anzeichen beginnender Gangrän der Blase ist die sofortige Entleerung der Eiblase auf dem natürlichen Wege oder durch die hintere Scheidenwand indiziert. Dasselbe Verfahren ist ohne vorherigen Repositionsversuch am Platz, wenn die Patientin schon mit Blasengangrän in die Behandlung tritt. Erst dann ist die Harnblase zu katheterisieren.

Die Laparotomie ist bei den schweren Fällen von Einklemmung wegen der Blasengangrän kontraindiziert, weil mit der Blase verwachsene Därme den Weg zum Uterus verlegen. Trennt man diese ab, so eröffnet man die Blase mit ihrem jauchigen Inhalt. Fälle ohne Blasengangrän können die Laparotomie erfordern.

Wertheim (Handbuch d. Geburtsh. v. Winckel, II, 1) empfiehlt unter gewissen Umständen sehr vorsichtig die Laparotomie: „Wenn auch die Erfolge der bisher aus-

geführten Laparotomien sowohl für Mutter als für Schwangerschaft recht günstige sind, dürfte doch die Indikation zur Laparotomie nur selten wirklich gerechtfertigt sein. — Nur in jenen seltenen Fällen, in welchen alte Verwachsungen vorhanden sind, d. h. Verwachsungen, welche schon vor der Schwangerschaft bestanden haben, erscheint die Laparotomie im Interesse der Erhaltung der Schwangerschaft indiziert. Freilich wird die Lösung der Verwachsungen relativ häufig doch von der Unterbrechung der Schwangerschaft gefolgt sein. — Die Anheftung des nach vollzogener Laparotomie aus der Einklemmung befreiten Uterus an die vordere Bauchwand erscheint überflüssig.

Diese Gefahr der Unterbrechung der Schwangerschaft durch die Operation wird bedeutend überschätzt. Die zahlreichen Enukleationen von Myomknoten aus dem schwangeren Uterus ohne Abort beweisen zur Genüge die Toleranz des Uterus. Wir haben also kaum so ohne weiteres mit dieser vermeintlichen Störung der Schwangerschaft zu rechnen.

Den unsern heutigen Verhältnissen am besten angepaßten Standpunkt scheint mir Küstner zu vertreten (Handb. der Gynäk. v. Veit, I und Monatschr. f. Geburtsh. u. Gynäk., Bd. XXV, 2: Was kann die Laparotomie bei irreponibler Retroversio oder Retroflexio uteri gravidi leisten?).

„Sind Adhäsionen erkannt oder, richtiger gesagt, aus der Repositionsunmöglichkeit geschlossen, dann soll man nicht ohne weiteres auf jede Rechtslagerung verzichten und nur Blasenpunktion, Blaseninzision oder Aborteinleitung, eventuell auch Uteruspunktion ins Auge fassen, sondern man soll sich das eine sagen: Es gibt nichts, was die Ausheilung der geschädigten Blase besser und sicherer gewährleistet, als die Rechtslagerung des Uterus. Eine solche kann vom geöffneten Abdomen aus, wo man sich die Adhäsion zum größten Teil zu Gesicht bringen kann, gelegentlich äußerst schonend vorgenommen werden, so schonend für die geschädigte Blase, wie in keinem anderen Verfahren überhaupt."

Die Behandlung des inkarzerierten graviden retroflektierten Uterus durch Einlegen eines großen Kolpeurynters in die Scheide in Seitenbauchlage mit erhöhtem Becken, wie sie Westphalen (Zentralbl. f. Gyn. Nr. 5, 1899) empfiehlt, dürfte sich wohl nur selten bewähren; bessere Wirkung könnte man sich schon von solchem Verfahren vom Rektum aus versprechen. Die Gefahr des Aborts liegt hier sehr nahe.

Für den Erfolg der Laparotomie sollen jetzt unsere Krankengeschichten sprechen.

I. Clara W., 31 Jahre alt. Aufnahme am 31. I. 1907.
Diagnose: Salpingo-oophoritis duplex. Retroflexio uteri gravidi fixata.
Operation: 11. II. Laparotomie (Lösung des Uterus, Ventrifixation).
Abgang am 2. III. 1907.

Anamnese: 1. Periode mit 15 Jahren; stets regelmäßig, 4wöchentlich, 3 Tage dauernd; am ersten Tage der Periode Kreuz- und Unterleibsschmerzen. Letzte normale Periode am 23. XII. 1906. Vor 14 Tagen bekam Pat. bei der Arbeit plötzlich heftige Leibschmerzen, leichte Blutungen, die nur 3—4 Stunden anhielten. Im Laufe der letzten 10 Tage wurden die Unterleibsschmerzen derartig heftig, daß Pat. nicht aufrecht gehen konnte. Seit 6 Tagen bei Dr. G. in Behandlung, der sie heute dem Krankenhause überweisen läßt. Partus 4, Wochenbett o. B.. Abortus 0. Als 1/2jähriges Kind rechts Hüftgelenksentzündung, seit dieser Zeit soll das rechte Bein kürzer geblieben sein, als das linke.

Äußere Genitalien o. B., aus der Zervix entleert sich eine reichliche Menge schleimigen Fluors, Uterus vergrößert, retroflektiert, fixiert durch die linken verdickten und empfindlichen Adnexe; rechte Adnexe ebenfalls verdickt und empfindlich. Repositionsversuch in Narkose mißlingt.

Opiate, Eisblase, Bettruhe.

11. II. Die Beschwerden im Unterleib haben nach konservativer Therapie sich nicht gebessert. Der weiche vergrößerte Uterus liegt retroflektiert und fixiert und ist nicht reponierbar. Die Adnexe scheinen jetzt abgeschwollen zu sein. Es wird beschlossen, den Uterus zu lösen und zu ventrofixieren.

Operation: In Chloroformnarkose wird die Laparotomie gemacht.

Der Uterus erscheint nach Eröffnung der Bauchhöhle entsprechend vergrößert, weich; Adnexe beiderseits frei. Breite Adhäsionen am Fundus und der hinteren Wand fixieren den graviden Uterus in Retroflexionsstellung. Die Adhäsionen werden teils scharf, teils stumpf gelöst, und der Uterus wird, da ein Zurückfallen und Wiederanwachsen möglich erscheint, nach Olshausen ventrofixiert. Schluß der Bauchwunde wie üblich.

2. III. Die Laparotomiewunde ist per primam geheilt; Uterus liegt gut anteflektiert, Adnexe in Ordnung. Uterus vergrößert, weich, entspricht etwa dem 3. Monat der Gravidität.

Pat. leugnet noch immer, schwanger zu sein, sie hat keine Unterleibsbeschwerden mehr und wird heute nach fieberlosem Verlauf geheilt entlassen.

15. VIII. 1907. Pat. hat seit heute früh Wehen; deshalb suchte sie eine Hebamme auf, welche im Laufe des Tages zweimal innerlich untersucht hat. Weil Pat. durch die Laparotomienarbe Komplikationen in der Geburt fürchtet, kommt sie abends 9 Uhr ins Krankenhaus.

Die äußere Untersuchung ergibt, daß es sich um eine Schädellage handelt. Der Kopf steht beweglich über dem Becken. Der Uterus entspricht dem 8. Monat. Muttermund abends für 2 Finger durchgängig, Blase steht, Herztöne gut, 140—150. Wehen schwach, Pat. wird gebadet.

17. VIII. Pat. hatte die Nacht fast keine Wehen; der Muttermund ist etwa Dreimarkstückgroß; ein Arm liegt vor, der zurückgeschoben wird, dabei Fruchtblase gesprengt.

2mal 0·3 Chinin. mur. per os und heiße Teller auf den Leib. Es kommen Wehen.

5 Uhr nachmittags. Wegen Wehenschwäche und ungenügender Erweiterung des Muttermundes wird ein Kolpeurynter eingelegt; gegen Abend etwas kräftigere Wehen. Herztöne gut. Mutter recht matt.

10 Uhr 30 Minuten abends. Leichter Durchtritt des Kopfes, Partus verläuft normal.

Kind leicht asphyktisch. 2 Spritzen Ergotin.

11 Uhr Nachgeburt, Eihäute vollständig, spontan. Sandsack auf den Leib.

1 Uhr. Uterus gut kontrahiert, Temperatur normal.

Wochenbett verläuft normal.

II. Luise W., 37 Jahre alt. Aufnahme 4. IX. 1907.

Diagnose: Retroflexio uteri gravidi fixata.

Operation: Laparotomie, Lösung des Uterus, Raffung der Ligamenta rotunda.

Abgang: 21. IX. 1907 als geheilt.

Anamnese: Verheiratet seit 15 Jahren; Partus 9, es leben 6 Kinder; Partus leicht. Wochenbett o. B.; letzter Partus vor 5 Jahren, Abortus 3. Letzte Menses 16.—19. VII., Menses mäßig stark, in den letzten Tagen schmerzhaft. Stuhlgang regelmäßig. Vor 2 Jahren hat Pat. angeblich Geschwülste im kleinen Becken gehabt, wurde zu Hause konservativ behandelt; sie lag damals 26 Wochen darnieder. Kein Ausfluß. Zur Zeit der zu erwartenden Periode bekam Pat. plötzlich am 16. VIII. heftige Unterleibsschmerzen; deshalb zog sie einen Arzt hinzu.

Da die Schmerzen nie ganz aufhörten, schickt sie Dr. K. „wegen falscher Lage der Gebärmutter und wegen einer Blutgeschwulst" zur Operation ins Krankenhaus. Temperatur 37·2°.

Status: Schleimhaut und Portio livid verfärbt. Aus der Zervix entleert sich schleimiger Fluor. Uterus etwas vergrößert, weich, dextroretroflektiert, im Douglas fixiert. Die rechten Adnexe sind nicht zu palpieren, links neben dem Uterus fühlt man das deszendierte vergrößerte Ovarium, das mit der im abdominalen Ende verdickten Tube einen weichen, sehr empfindlichen Tumor von kaum Hühnereigröße bildet. Kolostrum +. Uterus auch in Narkose irreponibel.

6. IX. Operation: In Chloroform-Äthernarkose Laparotomie in der Medianlinie. Nach Eröffnung des Peritoneum sieht man den schwangeren Uterus in Retroflexionsstellung und im Douglas durch feste, alte Adhäsionen fixiert. Ebenso bestehen zwischen den normalen Tuben und den darüber liegenden Dünndarmschlingen ausgedehnte Adhäsionen. Die Verwachsungen werden teils stumpf, teils mit der Schere gelöst, teils abgebunden. Das linke Ovarium, mitsamt dem Tubentrichter im Douglas soweit adhärent, wird aus seinen Adhäsionen gelöst: es enthält das Corpus luteum verum. Der Uterus wird durch intraperitoneale Raffung der Ligamenta rotunda (die Bänder werden teils mit Seiden-, teils mit Catgutknopfnähten gerafft) in Anteversio-flexio gebracht. Schluß der Bauchhöhle wie üblich.

21. IX. Der gravide Uterus liegt gut antevertiert. Pat. hat hin und wieder über Kopfschmerzen und Übelkeit geklagt (Schwangerschaftsbeschwerden). Laparotomiewunde ist per primam geheilt. Pat. fühlt sich subjektiv wohl und wird heute nach fieberlosem Verlauf geheilt entlassen. Thorn verfügt außerdem über zwei weitere ähnliche Fälle, einen aus dem III. und einen aus dem IV. Monat; die letzte Pat. hatte bereits Inkarzerationserscheinungen. Beide wurden mit günstigem Ausgang ohne Störung der Gravidität laparotomiert.

Nicht nur nach dem günstigen Verlauf dieser vier Operationen, sondern vor allem aus Rücksicht auf die heute nur verhältnismäßig geringe Gefahr der Laparotomie müssen wir jetzt das Ei mehr berücksichtigen, als es früher geschah und ratsam war. Wir schließen uns durchaus Küstner in der Therapie der fixierten Retroflexio uteri gravidi an. Wenn nicht ganz besondere Kontraindikationen gegen den blutigen Eingriff bestehen, haben wir heute durchaus kein Recht mehr zur Einleitung des Aborts, Punktion des Uterus etc. Auch die Punktion bzw. Inzision der Blase wird höchst selten noch in Frage kommen, selbst wenn die Blase schwer erkrankt ist. Küstner hat durchaus recht, wenn er sagt, das beste Mittel zur Abheilung der Blase sei die Rechtslagerung des Uterus. Die heute schon zahlreichen Operationen am und im graviden Uterus beweisen eine relativ große Toleranz dieses Organs, so daß man keineswegs so ohne weiteres nach einer Laparotomie und Lösung des fixierten graviden Uterus den Abort zu befürchten hat.

Was nun die Technik anbetrifft, so ist je nach der Dauer der Gravidität und der Größe der Gebärmutter zu verfahren. In dieser Hinsicht können wir uns nicht Wertheims und auch nicht Küstners Meinung anschließen, daß die Sicherung der Anteflexio eine cura posterior oder überhaupt überflüssig wäre. Das würde im Grunde nur für einen genügend großen Uterus zutreffen, der nicht wieder zurücksinken und nicht wieder festwachsen kann. Besteht die Möglichkeit des Zurücksinkens, so ist die dauernde Anteflexio durch Ventrifixation nach Olshausen oder noch besser, wie in unserem zweiten Fall, durch intraperitoneale Raffung der Ligamenta rotunda anzustreben, ohne Rücksicht auf die Blase, deren Abheilung dadurch in keiner Weise erschwert wird. Nur bei schon bestehender Blasengangrän wird man den Uterus zunächst entleeren, eventuell durch Kolpotomia posterior und Inzision der hinteren Wand. Zur Blasengangrän darf man es aber heutzutage überhaupt nicht mehr kommen lassen. Wir haben nicht das Recht, nach mißlungenen Repositionsversuchen bis zur beginnenden Blasengangrän zu warten, es sei denn, daß aus anderen Gründen die Laparotomie strenge kontraindiziert wäre. Wir haben ebensowenig das Recht, den künstlichen Abort einzuleiten, es sei denn, daß das weitere Wachsen des Eies aus anderen Gründen (Nieren-, Herz- oder Lungenkrankheiten) schädlich oder gefahrdrohend erschiene. Um sehr ausgedehnte, schwer lösbare Verwachsungen wird es sich in allen hier in Frage kommenden Fällen nie handeln, weil ja sonst gewöhnlich Sterilität besteht. Die Lösung des fixierten graviden Uterus wird demnach keine besonderen Schwierigkeiten machen; bei der Behandlung der adhäsiven Stränge lasse man der stärkeren Vaskulari-

sation wegen alle Sorgfalt walten und unterbinde lieber mehr, als unbedingt nötig erscheint. Selbstverständlich muß jeder solchen Operation ein nach allen Regeln der Kunst in Narkose ausgeführter Repositionsversuch vorausgegangen sein, und ebenso ist es selbstverständlich, daß nun nicht in jedem Fall sofort laparotomiert werden muß, falls der erste Versuch mißlingt. Handelt es sich um eine Schwangerschaft der ersten Wochen, so sind Inkarzerationserscheinungen zunächst nicht zu befürchten, und die Hoffnung ist berechtigt, daß die Verwachsungen sich gerade unter dem wohltätigen Einfluß der Gravidität dehnen oder lösen werden, derart, daß man bei einem erneuten Repositionsversuch Erfolg haben kann. Ein solcher Fall gehört aber in der Zwischenzeit in strenge klinische Überwachung. Gelangt nun die Schwangerschaft an das Ende des dritten Monats, ohne daß sich diese Erwartungen erfüllen, so ist es Zeit, einzugreifen, bevor es zur Einklemmung und besonders bevor es zu erheblichen Störungen der Blasenfunktion kommt. Zur Lösung und Reposition ist allein die Laparotomie geeignet; vaginale Eingriffe kommen nur in Frage, wenn man das Ei opfern muß.

Zum Schluß erfülle ich eine angenehme Pflicht, Herrn Sanitätsrat Thorn für die Anregung und liebenswürdige Unterstützung bei dieser Arbeit meinen verbindlichsten Dank auszusprechen.

Hebammenwesen und Sozialhygiene.

Über das Hebammenwesen in Finnland.

Von Prof. G. Heinricius.

Da die Hebammenfrage namentlich in bezug auf eine Erhöhung der Kenntnisse und eine Verbesserung der sozialen wie ökonomischen Stellung der Hebammen in verschiedenen Ländern auf der Tagesordnung gestanden hat, auch in Österreich und Deutschland, so dürfte eine kurze Darstellung des Hebammenwesens in Finnland am Platze sein.

Vor der Mitte des 18. Jahrhunderts dürften sich in Finnland kaum examinierte Hebammen gefunden haben, vielleicht ausnahmsweise in irgend einer Stadt. Erst zu dieser Zeit fangen solche an erwähnt zu werden. Die Ursache des Mangels an Hebammen zu jener Zeit ist teils in der Gleichgültigkeit der Bevölkerung gegen die Anstellung solcher zu suchen, teils in der Schwierigkeit, Unterricht in diesem Fach zu erhalten. Der weite Weg nach Stockholm, wo Hebammenunterricht erteilt wurde, die Kosten für die Reise und den Aufenthalt daselbst, sowie die Unkenntnis der schwedischen Sprache (der größte Teil des Volkes in Finnland spricht finnisch) waren wohl der Grund, daß die Lehranstalt in Stockholm von so wenig Schülerinnen aus Finnland besucht wurde.

Nach dem Frieden von 1809, als Finnland von Schweden an Rußland abgetreten wurde und eine Sonderstellung im russischen Reiche erhielt, begann eine Schaffensarbeit auf mehreren kulturellen Gebieten. Auch das Hebammenwesen wurde Gegenstand der Aufmerksamkeit und Fürsorge. Obgleich das Land 1816 eine eigene Anstalt zur Ausbildung von Hebammen erhielt, so wurden solche von den niederen Volksklassen recht wenig in Anspruch genommen; sie ließen sich hauptsächlich in den Städten nieder. Gleichwohl machte sich die Überzeugung der Notwendigkeit von Heb-

ammen allmählich immer mehr geltend. Mit der Zunahme der Volksmenge, der Entwicklung der Kultur und des Wohlstandes wurden von den Bauerngemeinden auf dem Lande immer mehr Hebammen angestellt. Im Jahre 1847 fanden sich in den 219 Gemeinden des Landes 105 examinierte Hebammen. Im Jahre 1872 fanden sich in Finnland schon 200 Hebammen; ein Viertel der Landgemeinden war noch ohne solche. Im Jahre 1886 betrug die Zahl der Hebammen 393 und 1897 bereits 676. Von diesen befanden sich 450 auf dem Lande und 226 in den Städten. 56% waren besoldet, 3·4% an den Entbindungsanstalten angestellt und 40·3% frei praktizierend. Im Jahre 1906 besaß Finnland 740 Hebammen, von denen 248 in den Städten wohnhaft waren und 492 auf dem Lande. Etwa 80 Landgemeinden waren noch ohne examinierte Hebammen. Die Bevölkerung des Landes betrug nicht ganz 3 Millionen. Im letztgenannten Jahre hatten 85.197 Frauen bei der Niederkunft den Beistand einer Hebamme in Anspruch genommen. In 18 Städten fanden sich Entbindungsanstalten, die durch einzelne Personen oder Gemeinden mit Unterstützung des Staates oder vom Staat allein eingerichtet worden waren. In diesen wurden 4776 Frauen verpflegt. Die größte dieser Anstalten ist das Gebärhaus in Helsingfors, das zugleich dem Unterricht der Mediziner und Hebammen dient. Die Zahl der Entbindungen betrug daselbst im Jahre 1907 etwa 2000. Gegenwärtig (1908) finden sich Entbindungsanstalten an 26 Orten. Zum Unterhalt derselben zahlt der Staat (1908) seinerseits 80.000 finnische Mark (= Francs).

Gegen Ende der achtziger Jahre begann die Regierung einigen Landgemeinden Unterstützungen zur Besoldung von Hebammen zuzuerteilen. 1900 bestimmte sie für diesen Zweck eine Summe von 5000 Mark. Diese Summe wurde seitdem allmählich erhöht und beträgt gegenwärtig (1908) 36.000 Mark jährlich (wirklich ausgezahlt wurden 1908 22.375 Mark). Die Gemeinden in Finnland sind noch nicht gesetzlich zur Anstellung von Hebammen verpflichtet, doch stellte 1907 der Landtag den Antrag, die Regierung möge die Frage einer Verpflichtung der Gemeinden zur Anstellung und Besoldung einer genügenden Anzahl von Hebammen in Vorbereitung nehmen und dem Landtage eine diesbezügliche Vorlage einbringen.

Diese Fragen werden augenblicklich von der Regierung behandelt.

Der Gehalt, den die Gemeinde der Hebamme zahlt, variiert je nach der Größe und Kopfzahl der Gemeinde, von 300—500 f. Mark (= Francs). Die Hebamme ist dafür verpflichtet, den Armen der Gemeinde gratis Hilfe zu leisten. Von den übrigen erhält sie gewöhnlich nach einer von der Gemeinde festgesetzten Taxe eine Geldentschädigung für die Entbindung und Pflege. Wohnung und Beheizung muß sie sich selbst schaffen.

Die meisten Städte haben für ihre Armen eine oder mehrere Hebammen angestellt. Auch in mehreren industriellen Einrichtungen sind Hebammen angestellt.

Die Einnahmen einer Hebamme auf dem Lande sind im allgemeinen klein. Ihre Hilfe wird an den verschiedenen Orten sehr ungleich in Anspruch genommen. Die Persönlichkeit der Hebamme, ihre Fähigkeit, Vertrauen einzuflössen, spielt hier eine Rolle. An einigen Orten zieht das Volk die sog. klugen Weiber der examinierten Geburtshelferin vor.

Es ist die Frage angeregt worden, die Gemeinden zur Zahlung eines Minimalbetrages zur Besoldung einer Hebamme zu verpflichten.

Schon 1866 wurde auf einem allgemeinen Ärztekongreß der Vorschlag gemacht, daß die Hebammen berechtigt sein sollten, in Fällen, wo keine ärztliche Hilfe zugänglich wäre, eine kurze Geburtszange anzuwenden. Der Unterricht im Gebrauch der Zange sollte in der Anstalt mitgeteilt werden. Der Vorschlag wurde damit motiviert, daß die Zahl der Ärzte und Hebammen damals noch gering war, das Land ausgedehnt

und die Abstände weit. Der Vorschlag ging auch durch und von 1879 an wird jährlich eine kleine Zahl geschickter, mit guten Zeugnissen versehener Hebammen in der operativen Entbindungskunst unterrichtet. Diese Hebammen sind berechtigt, in Fällen, wo keine ärztliche Hilfe zu erhalten ist, folgende Instrumente anzuwenden: die Geburtszange, und zwar die kurze englische Zange von Simpson (am Kopfe, der den Beckeneingang passiert hat), das scherenförmige Perforatorium (die Duboissche Schere), den Kranioklast, Brauns Schlüsselhaken und den stumpfen Haken (bei Extraktion des Steißes bei toter Frucht). Die Kraniotomie wird jedoch selten von Hebammen bewerkstelligt, da enge Becken in den nordischen Ländern verhältnismäßig selten sind. Gegenwärtig, wo die Zahl der Ärzte bedeutend zugenommen hat und die Kommunikationen sich verbessert haben, wenden die Hebammen verhältnismäßig selten Geburtsinstrumente an. Soviel ich weiß, haben sie damit keinen Schaden gestiftet. Der Unterricht in instrumentaler Entbindungskunst für Hebammen lag bis 1906 in den Händen des Professors für Geburtskunde. 1906 wurde ein besonderer Lehrer für den Unterricht in instrumentaler Geburtskunde angestellt, welcher zweimal jährlich 6 Wochen lang je zirka 8 Hebammen erteilt wird. Derselbe Lehrer leitet auch die seit derselben Zeit eingerichteten Repetitionskurse für Hebammen (2 im Jahre), welche jedoch nicht obligatorisch sind.

In der Zeit, wo Finnland zu Schweden gehörte, existierte keine Anstalt für die Ausbildung von Hebammen an der Universität zu Abo (gestiftet 1640). Die Personen in Finnland, weiche sich dem Hebammenamte widmen wollten, waren genötigt, ihre Ausbildung an der Lehranstalt in Stockholm zu suchen.

Nach der Eroberung Finnlands durch Rußland 1808 und 1809 wurde im Jahre 1816 in Abo eine besondere Lehranstalt für Hebammen eingerichtet. Nach der Überführung der Universität von Abo nach der neuen Hauptstadt Helsingfors im Jahre 1828 wurde hier von 1833 an mit einer kurzen Unterbrechung der Unterricht in der Geburtskunde für Mediziner und Hebammenschülerinnen an der geburtshilflichen Klinik der Universität erteilt. So auch noch jetzt.

Nach dem Reglement für Finnlands Hebammen von 1879 ist für die Aufnahme in die Lehranstalt erforderlich, daß die betreffende Person 20—32 Jahre alt ist, lesen und schreiben kann oder ein Zeugnis über den Besuch einer Schule beibringt, nebst der Bürgschaft zweier Personen, daß sie die nötigen Mittel für einen einjährigen Aufenthalt in Helsingfors besitzt. Gegenwärtig, wo die meisten Mädchen aus den niederen Klassen eine Volksschule mit 3—4jährigem Kursus durchgemacht haben, gibt es nur sehr wenige Aspirantinnen, die keine Schule durchgemacht haben. Die Medizinalverwaltung, an welche die Aufnahmegesuche eingereicht werden, bestimmt auf den Vorschlag des Professors der Geburtshilfe, welche Gesuche um Aufnahme in die Anstalt berücksichtigt werden sollen. Zeigt sich eine Schülerin ganz unfähig für den Kursus oder sonstwie ungeeignet, so muß sie die Anstalt verlassen, wie auch jede Schülerin wegen schlechter Aufführung oder mangelhafter Fassungsgabe ausgeschlossen werden kann. Das noch gegenwärtig gültige Hebammenreglement von 1879 wird wohl bald verändert werden, da es in mehrfacher Beziehung veraltet ist. Von den Eintrittsuchenden wird gefordert werden, daß sie zum mindesten einen 4jährigen Volksschulkursus durchgemacht haben.

Schülerinnen finden 3mal jährlich Aufnahme, jedesmal etwa 25. Die beiden jüngsten Gruppen, welche hauptsächlich in den Wöchnerinnenzimmern beschäftigt sind, wohnen in Privatlogis in der Nähe des Gebärhauses. Die älteste Gruppe dagegen, welche in den Entbindungszimmern Dienst tut, erhält Wohnung und Kost in einem mit dem

Gebärhause in Verbindung stehenden Gebäude, das ein Internat für Schülerinnen bildet. Die hier wohnenden bezahlen 30 Mark (= Francs) monatlich. Der Unterricht ist unentgeltlich.

Der Unterricht in der Geburtskunde für Hebammenschülerinnen wird unter der Aufsicht des Professors für Geburtshilfe von einem speziell dazu angestellten Hebammenlehrer erteilt, der außerdem als Sekundararzt am Gebärhause angestellt ist. Ihm stehen beim Unterricht zur Seite einer der beiden am Gebärhause angestellten Assistenten, 2 Oberhebammen und 3 Unterhebammen.

Der Unterricht dauert 1 Jahr, kann aber nach der Prüfung durch den Professor der Geburtshilfe um einige Monate verlängert werden, wenn die Schülerin nach Verlauf eines Jahres nicht genügende Kenntnisse gezeigt hat. Der Unterricht geschieht in beiden Landessprachen, schwedisch und finnisch. Er ist teils theoretisch, teils praktisch. Der theoretische Unterricht erfolgt nach einem in beiden Sprachen ausgearbeiteten Lehrbuch. Der praktische Unterricht geschieht im Entbindungszimmer und in den Wöchnerinnenzimmern. Der Mangel an Raum in der Anstalt gestattet leider nicht die Aufnahme von Hausschwangeren, sondern die Frauen kommen zur Anstalt nach dem Eintritt von Wehen. Die große Zahl von Entbindungsfällen, nunmehr etwas über 2000, bietet gleichwohl ein ausreichendes klinisches Unterrichtsmaterial.

Die Zeit des Unterrichts, 1 Jahr, ist so eingeteilt, daß die Schülerin 4 Monate ausschließlich in den Wöchnerinnenzimmern beschäftigt ist, 4 Monate in diesen und in kürzeren Zwischenräumen im Entbindungszimmer, wo sie bei den Entbindungen zugegen ist, sowie 4 Monate ausschließlich im Entbindungszimmer, wo sie in dieser Zeit die Entbindungen leitet. Jede Schülerin hat etwa 30 Entbindungen zu leiten, wobei sie die äußere und innere Untersuchung ausführt.

Die Schülerin trägt stets einen waschbaren Anzug aus hellblauem Baumwollstoff und eine weiße Schürze. Vor jeder Untersuchung der Gebärenden muß die Schülerin ihre Hände und Unterarme mittelst der Bürste mit Seife und warmem Wasser reinigen, sie dann in einer Sublimatlösung (1:2000) waschen und bürsten und in einer Sublimatlösung (1:1000) abspülen. Die Kreißende kommt zuerst in ein warmes Bad, erhält ein Klistier, die Schamhaare werden kürzer geschnitten, ein kleiner steriler Wattetampon wird ins Orificium vaginae appliziert, die äußeren Geschlechtsteile und ihre Umgebung werden zuerst mit Seife und warmem Wasser und dann mit einer Sublimatlösung (1:2000) gewaschen und leicht mit steriler Watte abgetrocknet. Dauert die Entbindung länger als einen Tag, so werden die äußeren Geschlechtsteile täglich mit Seife und warmem Wasser gewaschen und mit Lysollösung (1%) gespült. Nach der Entbindung, nach dem Katheterisieren desgleichen.

Während des Wochenbettes werden die äußeren Geschlechtsteile 2mal täglich mit sterilem Wasser abgespült und mit einem Stücke Zellstoff bedeckt. Vor jeder Spülung wäscht die Schülerin ihre Hände 3 Minuten mit Seife und Wasser und spült sie 2 Minuten in 1%iger Lysollösung. Scheideninjektionen werden während der Entbindung und im Wochenbett nur unter besonderen Umständen gemacht.

Bücherbesprechungen.

Stoeckel W., Atlas der gynaekologischen Cystoskopie. Berlin 1908, A. Hirschwald.

Stoeckels Atlas der gynaekologischen Cystoskopie enthält auf 14 Tafeln 70 Zeichnungen. Das Werk ist als Nachtrag zu desselben Autors Buch „Die Cystoskopie des

Gynaekologen" gedacht, das nur durch eine geringe Anzahl cystoskopischer Tafeln illustriert werden konnte. So ist es zu erklären, daß darin einiges fehlt, was man in einem „Atlas der gynaekologischen Cystoskopie" erwarten könnte, während andrerseits Raritäten (wie z. B. Tupfer- und Péaneinwanderung in die Blase) darin aufgenommen erscheinen.

Die einzelnen Zeichnungen, insbesondere die kolorierten, die leider nur den kleineren Teil ausmachen, sind außerordentlich naturgetreu wiedergegeben und tadellos ausgeführt. Der Text enthält nur für den Anfänger gut brauchbare technische Winke, Besprechungen einzelner Krankheitsbilder sowie diagnostische und therapeutische Andeutungen. Die Darstellung ist bei aller Knappheit klar und leicht faßlich, so daß der Atlas durch Qualität der Bilder und Text alles bietet, was man von einem Buche für das Studium der Cystoskopie erwarten kann. Adler.

Bayer, Vorlesungen über allgemeine Geburtshilfe. 1. Band, 3. Heft. Straßburg i. E., Schlesier & Schweikhardt, 1908.

Die vor drei Jahren erschienenen beiden ersten Hefte von Bayers Vorlesungen über allgemeine Geburtshilfe, welche in ausführlicher, aber durchaus nicht weitschweifiger Weise die Entwicklungsgeschichte des weiblichen Genitales und das Becken nebst dessen Anomalien behandelt hatten, werden durch das nunmehr vorliegende dritte Heft, welches in erschöpfender Darstellung die Anatomie der weiblichen Geschlechtsorgane wiedergibt, zu einem abgeschlossenen Kapitel der geburtshilflich-gynaekologischen Propädeutik abgerundet. Des Autors Wunsch, daß dieser erste Band seiner theoretischen Geburtslehre für sich, auch ohne die angekündigte Fortsetzung über Physiologie der Schwangerschaft, der Geburt und des Wochenbettes, Diagnostik und allgemeine Therapie, als ein selbständiges Werk betrachtet werden möge, wird angesichts der Qualität der uns gebotenen 20 Vorlesungen a priori erfüllt werden. Dieser erste Band ist kein Buch für den mit kurzen Schlagworten sich bescheidenden Arzt: Wer sich indes gern in die Detailforschung vertieft, wem die Theorie nicht grau ist, wer auch Hypothesen — sofern ihnen ehrliche Untersuchungen zugrunde liegen — in ihrem Werte zu würdigen weiß, wird in diesem Buche einen Schatz schier unübersehbaren Wissensmateriales aufgestapelt finden.

Bayer erweist sich in den das dritte Heft füllenden 9 Vorlesungen als ausgezeichneter Anatom, der klar, plastisch und prägnant zu beschreiben versteht. Doch geht er der praktischen Nutzanwendung des Gefundenen nicht aus dem Wege und bleibt dadurch jederzeit interessant und fesselnd. Es liegt in Bayers Individualität begründet, daß jedes Kapitel auch vergleichend-embryologische, phylogenetische Notitzen enthält, die der auf hoher erkenntniskritischer Warte stehende Autor sich nicht versagen konnte. Auch die dem Texte beigegebenen zahlreichen Tafeln, meist von Bayers eigener Hand gefertigt, zeugen nicht bloß von jahrelangem anatomischen Studium, sondern sie bestätigen auch die alte Erfahrung, daß ein tüchtiger Anatom auch ein tüchtiger Zeichner sein muß. Bayers Hand arbeitet geradezu künstlerisch.

Die 12. Vorlesung, die erste des dritten Heftes, behandelt die Beckenweichteile und die Bauchwand, die 13. das Bauchfell und die Topographie der Beckenorgane, die 14. das Beckenzellgewebe und seine Einschlüsse, die 15. das äußere Genitale und die Scheide, die 16. Uterus und Tuben, die 17. die muskuläre Architektur der Pars gestationis, die 18. Ovarium und Ovulation, die 19. die Menstruation, die 20. die sekundären Geschlechtscharaktere und die Geschlechtsbestimmung.

Das auch vom technischen Standpunkte vortrefflich ausgestattete Werk verdient genauestens studiert zu werden. Es wendet sich wohl der Form nach an Anfänger. Tatsächlich aber eignet es sich in viel höherem Maße für den gereiften Gynaekologen, der sich in die Theorie und in die morphologischen Grundlagen seiner Disziplin vertiefen will. Darum wird der Leserkreis nicht so klein sein, wie Bayer selbst befürchtet.

Selten erweckt der Anfang eines Werkes so lebhaftes Interesse, die Fortsetzung kennen zu lernen, wie dieser erste Band. Möge uns der Autor bald die folgenden Bände bescheren. Frankl.

Sammelreferate.

Über entzündliche Adnexerkrankungen einschließlich der Para- und Perimetritis.

Sammelreferat über die im I. Semester 1907 erschienenen Arbeiten, erstattet von

Dr. **Wladislaus Falgowski**, Breslau.

1. Albrecht: **Die Beziehungen der Flexura sigmoidea zum weiblichen Genitale.** (Münchener gyn. Gesellschaft, Sitzung vom 11. November 1906.)
2. Baisch: **Die Dauerresultate bei der Behandlung der Peritoneal- und Genitaltuberkulose.** (Deutscher Gynaekologenkongreß, 1907, Dresden.)
3. Birnbaum: **Die Erkennung und Behandlung der Urogenitaltuberkulose mit den Kochschen Tuberkulinpräparaten.** (Deutscher Gynaekologenkongreß, 1907, Dresden.)
4. Bueri: **Il Thigenol „Roche“.** (Rassegna d'Ostetricia e Ginecologia, 1906, Nr. 3.)
5. Cheynel: **De l'ovarite ourlienne.** (Dissertation, Bordeaux 1906. Referat im Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 20.)
6. Clénet: **Contribution à l'étude de la salpingite dans ses rapports avec la grossesse et la puerpéralité.** (Dissertation, Paris. Ref. Zentralblatt, 1907, Nr. 16.)
7. Czyżewicz jun.: **Demonstration einer Hämatosalpinx, vergesellschaftet mit Pyosalpinx der anderen Seite.** (Gynaek. Gesellsch. zu Lemberg, Sitzung vom 31. Oktober 1906.)
8. Delaunay: **De l'action de Thigenol en Gynécologie.** (La Presse Médicale.)
9. Esch: **Ein Beitrag zur operativen Behandlung chronisch-entzündlicher Adnexerkrankungen durch ventrale Laparotomie.** (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. 59, pag. 1.)
10. Fabricius: **Zur Drainage.** (Geburtsh.-gyn. Gesellsch. in Wien, Sitzung vom 30. Oktober 1906.)
11. Haig Ferguson: **Über abdominelle Totalexstirpation wegen puerperaler Metritis und Salpingitis.** (Edinburgh Obstetrical Society, März 1906.)
12. E. R. W. Frank: **Sur l'application intraveineuse d'une combinaison nouvelle de Thiosinamine et son influence sur les tissus cicatriciels.** (Bulletin de l'Association française d'Urologie.)
13. Füth: **Über pseudokarzinomatöse Infiltration der Darmwand bei entzündlichen Adnexerkrankungen.** (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. 25, pag. 389.)
14. Gras: **Des collections pelviennes suppurées ouvertes spontanément dans la vessie chez la femme.** (Dissertation, Paris.)
15. Hohlfeld: **Tuberkulose der inneren weiblichen Genitalien im Kindesalter.** (Gesellschaft f. Geburtsh. u. Gyn. zu Leipzig. Sitzung vom 18. Februar 1907.)
16. Emmerich: **Über Fibrolysinwirkung.** (Allgem. Mediz. Zentral-Zeitung, 1907, Nr. 6.)
17. Hörrmann: **Was leistet die konservative Behandlung bei entzündlichen Erkrankungen der Adnexe und des Beckenbindegewebes?** (Münchener gyn. Gesellsch., Sitzung vom 21. Dezember 1906.)
18. Neuwirth: **Über die Wirkung und Anwendungsweise des Jothion in der Gynaekologie.** (Wiener med. Wochenschr., 1907, Nr. 17.)
19. Pons: **Sur quelques interventions portant sur la zone génitale au cours de la grossesse.** (Dissertation, Bordeaux 1906. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 20.)
20. Rochard: **Muß man den Uterus mitentfernen, wenn die doppelseitige Exstirpation der Adnexe als notwendig erkannt ist?** (Bull. génér. de thérapeut., 1906, März. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 3.)
21. Schaeffer: **Mikroskopische Demonstrationen über Anfangsstadien der Appendizitis mit Sekundärerscheinungen an den weiblichen Genitalien.** (Gynaekologenkongreß, Dresden 1907.)
22. Prochownik: **Zur Drainage.** (Geburtshilfliche Gesellschaft zu Hamburg, Sitzung vom 12. März 1907.)
23. Schauta: **Über Drainage.** (Geburtshilfl.-gyn. Gesellsch. in Wien, Sitzung vom 30. Oktober 1906.)
24. Seeligmann: **Über die Drainage bei der Exstirpation eitriger Adnextumoren per laparatomiam.** (Geburtshilfl. Gesellsch. zu Hamburg, Sitzung vom 12. März 1907.)

25. Simounet: **De la torsion du pédicule dans les salpingites.** (Dissertation, Bordeaux 1906.)
26. Sutter: **Wie verhalten sich die gynaekologischen Erkrankungen zu den Neurosen?** (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. 25, pag. 95.)
27. Marta Trâncu-Rainer: **Die Biersche Methode in der Gynaekologie.** (Revista stiintelor med., 1906, Juli.)
28. Witthauer: **Weitere Mitteilungen über Vibrationsmassage.** (Therapeut. Monatsh., 1907, Februar.)
29. Villard: **Über die Obstipation bei chronischen Entzündungen des Peritoneums.** (Lyon méd., 1906, Nr. 17.)
30. Violet: **Das Zurückgehen der Drainage bei den Laparotomien in der Gynaekologie.** (Lyon méd., 1906.)
31. Yates: **Eine experimentelle Studie über den lokalen Effekt der Peritonealdrainage.** (Surgery, gynecology and obstetrics. Ref. im Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 10.)

Die Beckenorgane der Frau stehen durch Lymphbahnen und direkte peritoneale Brücken in so inniger Beziehung mit dem Darm, daß eine gegenseitige Wechselwirkung pathologischer Zustände fast als selbstverständlich erscheinen mag. Entzündliche Prozesse des Rektum, der Flexura sigmoidea, des Appendix können leicht auf Parametrien und Uterusadnexe übergreifen, so daß auf dem Höhepunkte der Erkrankung die ätiologisch-diagnostische Deutung oft sehr erschwert ist. Die gelegentliche Miterkrankung der rechten Adnexe bei Appendizitis ist längst bekannt. Natürlich können einmal beide Prozesse völlig getrennt voneinander und nur rein zufällig zu derselben Zeit entstanden sein. Es ist auch der Fall denkbar, daß die Appendizitis und Adnexitis, zu gleicher Zeit auftretend, durch dieselbe Ursache bedingt ist. Ganz klar aber wird uns das allmähliche Hinübergreifen des appendizitischen Prozesses auf die rechten Adnexe in einem Falle, wo nach jahrelangen deutlichen Erscheinungen von Blinddarmreizung bei einer Virgo intacta schließlich kurz vor der Operation mehr oder weniger deutliche Adnexerscheinungen hinzukommen und bei der Laparotomie sich die rechten Adnexe deutlich geschwollen erweisen. Über dem entzündlich veränderten Wurmfortsatz kann sich Hyperämie und Ödem in der Fossa iliaca bis zu den rechten Adnexen und ihrer peritonealen Umgebung vorfinden. Die genaue Diagnose mag in solchen Fällen, wenn man die Patientin nicht schon vorher beobachtet hat, mitunter recht schwer sein, da in diesem Stadium neben Unterleibsbeschwerden auch heftige Darmstörungen mit Erbrechen und Diarrhöen einhergehen und differential-diagnostisch etwa eine gonorrhoische, als gutartig anzusehende Pelveoperitonitis in Frage kommt. Läßt man sich durch letztere von dem chirurgischen Eingriff abhalten, so kann das Übersehen der Appendizitis sich schwer rächen.

Auch linkseitige Unterleibsschmerzen können einmal gelegentlich falsch gedeutet werden. Es gibt nämlich eine durch habituelle Obstipation entstandene Sigmoiditis und Perisigmoiditis, die allerdings auf dem Wege der retroperitonealen Lymphbahnen auch auf das hintere und linke Parametrium übergreifen kann und die leicht eine linkseitige, sogar schwere Salpingo-oophoritis mit peritonitischen Erscheinungen vortäuschen kann.

Dem gegenüber besteht auch eine Wechselwirkung von Adnexerkrankungen auf den Darm. Man findet in gar nicht so seltenen Fällen bei Pyosalpingen die anliegende Darmserosa entzündlich verdickt und infiltriert, wobei wiederum hauptsächlich die Flexur in Betracht kommt. Die Appendices epiploicae sind dabei oft bretthart verdickt. Mikroskopisch findet man kleinzellige Infiltration namentlich des der Muskularis anliegenden lockeren Gewebes, während die Mukosa völlig intakt ist. Makro-

skopisch ist dieser Befund während der Operation schon einige Male als Karzinom der Darmwand fälschlich gedeutet worden.

Eine Begleiterscheinung der Adnexitiden ist oft die Obstipation oder besser gesagt: eine Folgeerscheinung der chronischen peritonealen Miterkrankung. Nach operativer Entfernung der erkrankten Teile schwindet auch die Obstipation. Der Zusammenhang derselben mit der entzündlichen Affektion ist ein reflektorischer. Seltener sind Darmadhäsionen durch einfache Darmlähmung Ursache der Stuhlverhärtung. Eine akutere peritoneale Miterkrankung löst zunächst meist Diarrhöen aus.

Es gibt, wie die meisten Autoren zugeben, eine Ovaritis nach Mumps, welche sich von der auf gleicher Basis entstandenen Orchitis des Mannes insofern vorteilhaft unterscheidet, als sie selten vorkommt und nicht Atrophie des Ovars mit daraus resultierender Sterilität zur Folge haben braucht. Klinische Beobachtungen derartiger Ovaritiden sind sehr selten. Als Hauptsymptome werden angegeben: Spontanschmerz des Ovars und Menstruationsbeschwerden, sowohl Menorrhagien, als auch Metrorrhagien. Wahrscheinlich handelt es sich beim Weibe bei dieser Erkrankung nicht um tiefergehende Veränderungen der Drüse, sondern mehr um kongestive Erscheinungen; daher die relativ günstige Prognose.

Die primäre Genitaltuberkulose ist noch nicht sicher nachgewiesen. Die sekundäre Tuberkulose der Tuben und Ovarien ist seit Einführung genauerer mikroskopischer Technik nichts so Seltenes mehr und muß für die allermeisten Fälle als hämatogen entstanden aufgefaßt werden, ebenso wie die Tuberkulose der männlichen Sexualorgane. Daneben gilt auch das Zustandekommen der Erkrankung per continuitatem als möglich und erwiesen. Die kongenitale Disposition spielt auch bei der Genitaltuberkulose eine große Rolle. Selten ist die Erkrankung bei Kindern. Doch sind Fälle fortgeschrittener kindlicher Genitaltuberkulose bekannt, wo der Uterus von tuberkulösen Herden durchsetzt, die Tuben stark verdickt und mit prominenten gelblichen Knötchen bedeckt sind. In schweren Fällen setzt sich die Uterusschleimhaut als gleichmäßig verkäste Schicht in ihrer ganzen Ausdehnung vom Muskel ab. In den Ovarien sind die miliären Tuberkel, oft zentral verkäst, nicht so leicht zu finden. In schweren Fällen sind die Ovarien derb, dick und völlig verkäst, jederseits an den Uterus als haselnußgroße Tumoren angelötet, aus denen die Tube nur schwer zu differenzieren ist. Das ganze Genitale kann in peritonitische Verwachsungen eingebettet sein.

Das Vorkommen einer Salpingitis haemorrhagica (Hämatosalpinx ohne Nachweis von Elementen des Fruchteies) gilt als sehr unsicher. Wahrscheinlich handelt es sich in solchen Fällen um frühzeitig degenerierte Tubargraviditäten, worauf schon der lamelläre Bau solcher Tubenwände hinzudeuten scheint.

Stieldrehung bei zystischer Salpingitis kann durch periphere Anlage des Tumors, durch langen und dünnen Stiel sowie hauptsächlich durch hohen Sitz im Abdomen bedingt sein, wo die intestinale Kontraktion mit als Faktor wirken kann. Stieldrehungen kommen doppelt so häufig rechts als links vor, wofür vielleicht die Miterkrankung des Appendix verantwortlich gemacht werden kann. Ermüdung, Anstrengungen und Unfälle können das Ereignis begünstigen, welches durch heftige Schmerzen vor, nach und während der Periode sich ankündigen soll.

Stieldrehung kann bei gleichzeitiger Gravidität auch durch den wachsenden, die Adnexe hochdrängenden Uterus verursacht werden. Hier ist überhaupt die Gefahr der Ruptur der entzündeten Tube mit allen daraus resultierenden Gefahren natürlich bei dem Druck des Uterus und infolge des Platzmangels doppelt groß. Auch im Wochenbett noch kann eine Pyosalpinx als Infektionsquelle eine Summe von Gefahren bilden:

namentlich die frischeren Formen gelten als höchst gefährlich. Bei unaufgeklärtem Fieber im Wochenbett soll man stets an diese Möglichkeit denken und zum Zwecke der Aufklärung eine genaue Anamnese aufnehmen.

Bei Perforationsperitonitiden denke man außer an Appendizitis auch immer an eine rupturierte Pyosalpinx. Die Anamnese und die bimanuelle Betastung des Uterus, des Douglas sowie beider Hypogastrien wird in den meisten Fällen schon vor der Operation genügende Aufklärung geben. Die Ätiologie der nicht traumatischen Pyosalpinxruptur ist oft völlig unklar. Ich kenne einen solchen Fall einer ohne jede Ursache entstandenen Ruptur bei einer Frau, die wegen der schon nachgewiesenen Pyosalpinx ständig bei völliger Bettruhe unter Opium stand. Vielleicht ist das Bevorstehen der Periode als wichtiges Moment zur Erklärung heranzuziehen. Die beginnende kongestive Auflockerung der Genitalgewebe mag die Wand einer Pyosalpinx sukkulent und nachgiebig genug machen, so daß diese schon auf einen ganz unauffälligen Insult hin (Aufrichten im Bett) rupturiert. Die klinischen Symptome der Perforationsperitonitis sind bei Appendix- und Pyosalpinxruptur fast die gleichen. Nach meiner Beobachtung treten bei letzterer die Darmerscheinungen und der spontane Peritonealreiz ein wenig zurück.

Häufiger, als man gemeinhin annimmt, kommen Perforationen sowohl puerperaler Beckenphlegmonen, als auch gewöhnlicher Pyosalpingen in die Blase hinein vor. Erstere pflegen nach der Perforation schnell zurückzugehen, letztere führen dabei oft zum Tode, falls nicht nach richtiger Erkenntnis der Sachlage per laparotomiam der Sack vollständig entfernt wird.

Nun noch ein Wort über die Beteiligung des Nervensystems bei entzündlichen Adnexerkrankungen.

Das Zusammengehen der Psychoneurosen (Neurasthenie, Hysterie) mit gynaekologischen Erkrankungen wird noch viel zu wenig beachtet, kann aber namentlich bei sozial schlecht gestellten, überarbeiteten und der Schonung sich weniger hingebenden Frauen des öfteren beobachtet werden. Gerade die entzündlichen Adnexaffektionen sind neben der Retroflexio uteri am häufigsten mit neurotischen Zuständen vergesellschaftet. Der Vorgang ist ziemlich unaufgeklärt, jedoch scheint der Sympathikus dabei eine Rolle zu spielen. Seine dauernde Schädigung scheint manchmal sogar einen ganzen Symptomenkomplex auszulösen, der als Sympathizismus bezeichnet wird und den objektiven Erscheinungen sowie subjektiven Beschwerden nach etwa das Bild der Parametritis chronica atrophicans bietet.

Therapie. Auch als Freund eines etwas aktiveren, also operativen Vorgehens wird man erwägen müssen, daß die Adnexitiden — auch die Tumorbildungen mit inbegriffen — in 80—90% aller Fälle durch richtige und geduldige konservative Behandlung zur Ausheilung kommen. Der in dieser Hinsicht konservativste Gynaekologe ist wohl Amann, der von 1600 Fällen seit 1901 nur 20 operativ angegriffen hat, während alle anderen bei strengster Bettruhe und Anwendung all der bekannten Heilmittel, speziell auch der Belastungs- und Heißlufttherapie — auch Massage und verschiedener Bäder —, allmählich zur Ausheilung kamen. In der Hauptsache handelt es sich natürlich um gonorrhoische Erkrankungen. Allerdings gehört oft viel Zeit und Geduld von seiten des Arztes und auch der Patienten hierzu, aber der Weg ist dafür ungefährlich, zumal man die Operation immer noch als letzten Notbehelf in der Hand hat.

Spülungen und Tampons bilden für chronische Fälle das hauptsächlichste Waffenarsenal. Als Tränkmasse für die Tampons hat sich neben dem alterprobten

Ichthyol und dem in physiologischer und chemischer Hinsicht völlig identischen und gleichwertigen, aber billigeren Ichthynat — hauptsächlich das Thigenol allerorts bewährt und eingebürgert. Thigenol ist ein synthetisches Schwefelpräparat und wirkt kongestionsvermindernd, schmerzlindernd und dabei antiseptisch, ohne selbst giftig zu sein. Es zeichnet sich vor dem Ichthyol außer durch angenehmeren Geruch, Wasserlöslichkeit und größere Billigkeit noch dadurch aus, daß die verursachten Wäscheflecke mit Seifenwasser leicht entfernbar sind. In Form von 10—30% Glyzerintampons oder 30% Vaginalkugeln angewandt, besitzt es hohe resorptive Eigenschaften sowohl bei Metritis als auch Salpingitis und Parametritis. Im Ausland wird es, soweit mir bekannt, in höherer Konzentration (60 : 100) angewandt und ihm schnelle resorptive Heilkraft nachgerühmt. Der anfangs vermehrte Fluor darf nicht abschrecken, da hierbei der verdickte Uterus abschwillt. Die Tampons sollen je 24 Stunden liegen bleiben und 2—3mal wöchentlich eingelegt werden.

Noch schneller und zuverlässiger soll Jothion — in 5—10% Glyzerinemulsion als Tampon angewandt — bei chronisch-entzündlichen Affektionen der Adnexe und Parametrien wirken und hat Neuwirth schon nach 3—4 Tampons mehreremal überraschende Besserung gesehen. Das Präparat ist auch bei puerperalen Pyosalpingen und Parametritiden mit Erfolg angewandt worden und kann in frischeren Fällen auch epidermatisch — als Salbe — appliziert werden. Eventuelle Nebenerscheinungen zeigen sich als Jodschnupfen, Akne und Brennen an der Vulva. Jodismus wurde nie beobachtet. Jothion enthält etwa 80% organisch gebundenes Jod, wovon bei wiederholter Einreibung bis zu 50% durch die Haut zur Resorption gelangen können.

Die Behandlung der mit Adnexitis vergesellschafteten Endometritis durch venöse Stauung von der Scheide aus vermittelst des Eversmannschen Aspirators verdient Beachtung. Die Methode ist unschädlich und schmerzlos, muß aber bezüglich des Heilwertes auf die Adnexitis noch erprobt werden.

Witthauer hat erwiesen, daß man chronische Exsudate der Parametrien und Fälle von alter Adnexitis adhaesiva durch Massage von den Bauchdecken aus und per vaginam zur Heilung bringen kann. Auch auf die Parametritis posterior atrophicans mit allen damit in Zusammenhang gebrachten Reflexneurosen und unzähligen Beschwerden, die auf eine Schädigung des Sympathikus zurückgeführt werden können, glaubt Witthauer durch mechanische Einwirkung vermittelst der Vibrationsmassage günstig einwirken zu können. Die Kugel wird ins hintere Scheidengewölbe eingeführt und 5 Minuten lang unter langsamen Schwingungen (nicht über 1000 pro Minute) erst mit leichtem, dann mit stärkerem Drucke massiert. Manchmal reicht die vaginale Massage nicht aus; man muß alsdann den Sympathikus direkt von den Bauchdecken aus mitbehandeln. Schonender, bequemer und leichter dosierbar als die Handmassage ist auch hierbei die Vibrationsmassage mit dem Gummiball, die auch hier mit allmählich steigendem Druck auszuüben ist.

Nachdem schon früher das Thiosinamin zur Resorption und Lösung entzündlicher Stränge, auch postoperativer Verwachsungen und schmerzhafter Adhäsionen mit wechselndem Erfolge angewandt wurde, wird jetzt eine von Mendel angegebene neue Thiosinaminverbindung, das Fibrolysin von Merck, in braunen (weil durch Licht zersetzbar) zugeschmolzenen Ampullen für intravenöse, subkutane oder auch intramuskuläre Injektionen steril in den Handel gebracht. Es ist eine wässerige, 15%ige Lösung, in Dosen von etwa 2 $cm^3 = 0{\cdot}20$ *g* Thiosinamin. Die Injektionen sind im Gegensatz zu der alkoholischen Thiosinaminlösung schmerzlos und verursachen der Patientin nicht den anhaltenden üblen Geschmack wie jene. Die Fibrolysindarreichung soll immer

mit mechanischen Eingriffen verbunden werden, denn das Mittel heilt nicht, sondern bereitet nur den Boden für die mechanischen Kurmittel vor. Die Injektionen müssen vielfach, nach Gewöhnung an das Mittel in immer kürzeren Intervallen wiederholt werden.

Die Behandlung der Peritoneal- und Adnextuberkulose mit dem Kochschen Tuberkulin scheint — bei gleichzeitig genau durchgeführter hygienisch-diätetischer Krankenhauspflege und Liegekur — nicht aussichtslos zu sein. Voraussetzung für gute Dauerresultate ist die Anwendung der von Petruschky für die Lungentuberkulose empfohlenen Etappenkur. Zuweilen erweist sich die Kombination beider Tuberkulinpräparate (Alt- und Neutuberkulin) als günstig.

Bei frischen Peritonitiden einschließlich der Perforationsperitonitis soll ein Versuch mit Alkoholumschlägen auf den Leib gemacht werden.

Operative Therapie.

Die einfache vaginale Inzision wird bei Pyosalpingen in seltenen Fällen von Amann als die Heilung beschleunigend dem konservativen Verfahren angeschlossen. Olshausen verwirft sie prinzipiell, weil sie nach seinen Erfahrungen nicht nur keine Heilerfolge gibt, sondern die spätere Radikalentfernung erschwert und prognostisch gefährlicher gestaltet. Was die radikaleren Operationen betrifft, so wird die Indikationsstellung von den verschiedenen Autoren recht abweichend gehandhabt. Während Amann außer bei konstatierter Genitaltuberkulose und bedrohlichen schweren Symptomen im übrigen nur dann operiert, wenn die lang ausgedehnte, konservative abwartende Behandlung nicht anschlägt (0·56% aller Fälle), geht Olshausen doch etwas weiter und nimmt die abdominelle Adnexexstirpation im anfallsfreien Stadium in den Fällen vor, wo der Adnextumor $^3/_4$ Jahre nach Ablauf der fieberhaften Erscheinungen trotz konservativer Behandlung sich nicht zurückgebildet hat. Er kommt dabei in $2^1/_2$ Jahren auf 83 operierte Fälle, während Amann unter 1600 Fällen nur 20mal operieren zu müssen glaubte.

Der Uterus braucht bei abdominellem Vorgehen nur dann mitentfernt zu werden, wenn er groß, metritisch verändert und mit den Pyosalpingen fest verlötet ist. Die gut ausgebrannte Zervix kann zurückbleiben. Die Hauptsache ist exakte Blutstillung und sorgfältiges Austupfen des etwa ausgeflossenen Eiters. Das Platzen der Eitersäcke soll als nicht gleichgültig sorglich vermieden werden, weil es die Mortalität vergrößert und die Bauchdeckenheilung und die Rekonvaleszenz stört. Olshausen verlor bei einer Gesamtmortalität von 7·2% keinen einzigen Fall, wo der Austritt von Eiter vermieden werden konnte (23 Fälle). Prognostisch ungünstig sind auch die Fälle mit Pyovarium. In diesen scheint der Eiter selbst nach $^3/_4$jähriger Wartezeit noch virulent genug zu sein; von 12 derartigen operierten Fällen mit Austritt von Eiter in die Bauchhöhle konnte Olshausen bei meist fieberhafter Rekonvaleszenz nur 4mal lineare Bauchdeckenheilung verzeichnen.

Freie Stümpfe dürfen nicht in die Bauchhöhle ragen, sondern sollen mit Peritoneum überkleidet und versenkt werden. Auf diese Weise wird einer Exsudatbildung wirksam vorgebeugt. Die Bauchhöhle ist während der Operation sorgsam abzudecken.

Bei puerperalen Pyosalpingen ist die Prognose ungünstiger und die Indikationsstellung noch viel schwieriger. Hier ist schwer zu sagen, wann die Virulenz der Eitererreger genügend abgeschwächt ist. Jedenfalls kommt für diese Fälle nur das abdominelle Verfahren und die radikale Entfernung beider Adnexe samt dem fast stets miterkrankten Uterus in Frage.

Bei gonorrhoischer Adnexitis jüngerer Frauen läßt Olshausen gern ein Stückchen Ovar — wenn möglich — zurück.

Wird im Verlaufe der Schwangerschaft die Diagnose auf Pyosalpinx gestellt, so muß ebenso wie bei der Appendizitis sofort chirurgisch eingegriffen werden, da beide Erkrankungen sowohl bei noch wachsendem Uterus als namentlich während der Geburtsarbeit und auch noch im Puerperium leicht Peritonitis auslösen können. Die erste Hälfte der Schwangerschaft ist für den Eingriff günstig. Aber selbst in den letzten Schwangerschaftsmonaten darf der Eingriff nicht in der Absicht hinausgeschoben werden, die Lebensfähigkeit des Kindes sichern zu wollen. Nach Weheneintritt soll bei Pyosalpinx erst geburtshilflich, alsdann chirurgisch vorgegangen werden. Das Gesagte bezieht sich natürlich nur auf wirkliche Eitersäcke frischeren oder subakuten Charakters. Eine alte, abgelaufene Salpingitis braucht natürlich nicht chirurgisch angegriffen zu werden.

Die Prognose der tuberkulösen Salpingitis und Pyosalpinx ist bei rechtzeitiger Operation nicht so ungünstig. Auch hier müssen, um Rezidiven vorzubeugen, beide Tuben und — wenn sie erkrankt sind — auch beide Ovarien entfernt werden. Der Uterus kann, falls er normal ist, drin bleiben, nur müssen nach Baisch die Tuben zwecks genauerer Entfernbarkeit vermittelst Keilexzision ausgelöst werden. Baisch hat bei dementsprechendem abdominellen Vorgehen unter 23 frühzeitig Operierten 18 einwandfreie Heilerfolge erzielt; es waren dies eben diejenigen Fälle, welche doppelseitig operiert wurden. Gleichzeitig bestehende Peritonealtuberkulose verschlechtert zwar die Prognose, hindert aber die Heilung nicht unbedingt.

Drainage der Bauchhöhle.

Zweck der Drainage ist, einen größeren oder kleineren Abschnitt der Bauchhöhle nach vollzogener Operation temporär offen zu lassen, um eventuell sich bildenden Sekreten den ungehinderten Abfluß nach außen zu ermöglichen. Wenn man aber bedenkt, daß, wie auch Yates experimentell an Tieren nachgewiesen hat, sich um ein Drainrohr oder ein Draintuch fast augenblicklich Darm- und Peritonealadhäsionen bilden, so wird selbst ein prinzipieller Anhänger der Drainage sich eingestehen müssen, daß nur eine kleine, auf den Tupfer beschränkte Stelle des Abdomens wirklich drainiert werden kann, daß aber hinter dem von Adhäsionen bald umlagerten Drain oder Tuch sich Eiter ungehindert abzusacken vermag. Es ist demnach eine physikalische und physiologische Unmöglichkeit, die ganze Bauchhöhle oder auch nur einen größeren Abschnitt derselben drainieren zu wollen. Mit anderen Worten: ist die ganze Bauchhöhle während der Operation durch ausfließenden Eiter verunreinigt worden, so nützt die Drainage aus den oben angeführten Gründen nichts, man müßte denn — wie bei allgemeiner Peritonitis — von vornherein die Bauchdecken an mehreren Stellen breit spalten, Tücher hineinlegen und breit offen lassen, so die ganze Bauchhöhle in viele kleinere lokale Absackungsgebiete teilend. Ferner ist wichtig, die drainierenden Stoffe lose hineinzulegen, da sonst eine dochtartige Drainage- resp. Saugwirkung nicht zustande kommen kann. Im Gegenteil könnte sich hinter oder unter einer fest hineingestopften Mulldrainage Sekret oder Eiter erst recht aufsammeln, um erst nach Herausnahme des Draintuches abzufließen. Eine feste, nicht zu lange Druckdrainage ist nur für hämostatische Zwecke gerechtfertigt, wie überhaupt bei großen Wundbetten, die aus irgend einem Grunde mit Peritoneum nicht überkleidet werden können.

Von diesen Gesichtspunkten ausgehend, sind die meisten Autoren aller Länder von der abdominellen Drainage immer mehr abgekommen und drainieren in seltenen.

streng indizierten Fällen, bei Vorhandensein besonders pathogenen Eiters oder bei großen Wundflächen im Becken — durch die Scheide, in letzterem Falle retroperitoneal, nach peritonealer Abdeckung des Abdomens. Bei Austritt von Eiter an einer lokal beschränkten Stelle genügt sorgfältiges Austupfen derselben. Mehr Sicherheit kann hierbei die Drainage auch nicht bieten. Dagegen muß bei Darmverletzungen natürlich abdominelle Lokaldrainage erfolgen; dasselbe empfiehlt Prochownik auch nach Exstirpation maligner Ovarialtumoren mit Aszitesbildung, um die Patientin vor den etwa an der Tumorstelle neu sich bildenden Sekreten zu schützen.

Olshausen und Zweifel sind prinzipielle Gegner der Drainage, Schauta und Chrobak warnen vor allzuhäufigem Gebrauch derselben, abgesehen natürlich bei profusen Peritonitiden, wo breites Offenlassen der mehrfach inzidierten Bauchdecken mit ableitender loser Drainage (eventuell Seitenlage) am Platze ist.

Unter französischen Autoren sind noch zahlreiche Freunde der Drainage zu finden. Pollosson dagegen drainiert nur sehr selten und hat ein Unterlassen der Drainage selbst bei Eiteraustritt noch nie zu bedauern gehabt. Chrobak möchte in den seltenen Fällen, wo er drainiert, statt der vaginalen retroperitonealen Wunddrainage, bei der er öfters später eine herniöse Vorwölbung des Peritoneums nach der Scheide bemerkte — lieber stets auch die Peritonealhöhle nach der Vagina mitdrainieren, weil er davon sich einen besseren und exakteren Peritonealscheidenwundverschluß verspricht. Eine sekundäre Wundinfektion von der Scheide aus sei nicht zu befürchten.

Vor dem Ausspülen der Bauchhöhle mit Kochsalzlösung ist bei lokaler Verunreinigung wegen der Verschleppungsgefahr der Erreger zu warnen.

Myom 1907 (I. Teil).

Sammelreferat von Dr. **R. Schindler**, Graz.

R. Meyer: **Zur Pathologie der Myome, insbesondere über ihr Wachstum und ihre Histogenese.** (Berliner gyn. Gesellsch., 22. März 1907, Zeitschr., Bd. 60.)

R. Meyer: **Beiträge zur Pathologie des Uterussarkoms.** (Berliner gyn. Gesellsch., 26. April 1907, Zeitschr., Bd. 60.)

C. Ruge: **Diskussionsbemerkung.** (Ebenda.)

Basso: **Histologische Untersuchungen an einigen Fällen von Uterussarkom mit besonderer Berücksichtigung des Myosarkoms.** (Monatsschr. f. Gyn., Bd. 25.)

Kynoch: **Zwei Fälle von malignem Fibromyom des Uterus.** (Arch. f. Gyn., Bd. 82.)

v. Franqué: **Über Myoma sarcomatodes parametrii und Myoma malignum parametrii und Myoma malignum uteri.** (Rindfleisch-Festschrift, 1907.)

v. Franqué: **Zur Nekrose und Vereiterung der Myome.** (Zeitschr., Bd. 60.)

Schütze: **Über Nekrose des Myoms in Schwangerschaft und Wochenbett.** (Ost- und westpreußische gyn. Gesellsch., 16. März 1907.)

Garkisch: **Demonstration für karzinomatöse Degeneration der Myome und zur Entstehung pseudosarkomatöser Partien in Uteruskarzinomen.** (Wissenschaftl. Gesellsch., deutscher Ärzte in Böhmen, 12. Juni 1907 und Prager med. Wochenschr., Nr. 37.)

Grünbaum: **Adenomyoma corporis mit Tuberkulose.** (Arch. f. Gyn., Bd. 81.)

Weißwange: **Wann soll ein Myom operiert werden?** (Münchner med. Wochenschr., Nr. 21.)

Czempin: **Über Myomoperationen mit besonderer Berücksichtigung der subperitonealen Myome.** (Berliner gyn. Gesellsch., 25. Jänner 1907.)

v. Franqué: **Zur Statistik und Methodik der Myomoperationen.** (Wissenschaftl. Gesellsch. deutscher Ärzte in Böhmen, 12. Juni 1907 und Prager med. Wochenschr, Nr. 35.)

Burckhard: **Über das Vorkommen von karzinomatöser Degeneration des Uterusstumpfes nach supravaginaler Amputation.** (Monatsschr. f. Gyn., Bd. 25.)

Pape: **In der Geburt eingeklemmtes Zervikalmyom, vaginale Enukleation, vaginaler Kaiserschnitt.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 25.)

Kayser: **Ein Fall von supravaginaler Abtragung des im 4.—5. Monat schwangeren Uterus mit mannskopfgroßem Fibromyom der vorderen Wand.** (Monatsschr. f. Gyn., Bd. 25.)

Die meisten größeren Arbeiten und Vorträge über Myom befassen sich mit zwei Hauptthemen der Myompathologie und Therapie, nämlich mit der Anatomie und Histologie der Myome und mit den Indikationen und der Technik der Myomoperationen.

Was das erstere Thema anbelangt, so wurden von einzelnen namhaften Autoren wichtige und interessante Beiträge geliefert, die Beziehungen des Myoms zum Sarkom sowie seine regressiven Metamorphosen betreffend. Namentlich durch die Mitteilungen von Rob. Meyer und v. Franqué wurden neue Gesichtspunkte eröffnet, welche sowohl dem Anatomen wie dem Kliniker viele Anregung und ein großes Arbeitsfeld zu weiteren Forschungen bieten.

R. Meyer bespricht in einem in der Berliner gynaekologischen Gesellschaft gehaltenen Vortrage zunächst die grobanatomischen Verhältnisse der Myome. Er weist mit Recht die allgemein übliche Bezeichnung „Fibromyom“ zurück, da das Bindegewebe im Myom nur die Rolle eines Stromes zu spielen pflegt.

Auch die gewöhnliche Einteilung in submuköse, interstitielle und subseröse Myome ist in anatomischem Sinne unzulänglich, da selbst kleinere Myome z. B. gleichzeitig submukös und subserös entwickelt sein können. Grobanatomisch kann man einheitlich gebaute und zusammengesetzte Myome unterscheiden. Die letzteren bestehen aus vielen Knollen, die teilweise miteinander durch Balken zusammenhängen. (Diese Balken sind manchmal hirnrindenartig gewunden, Myoma gyratum.) Im Zentrum können solche Knollen fibrös und schließlich hyalin degenerieren, während an der Peripherie die Muskelfasern erhalten bleiben, woraus durch narbige Schrumpfung ein gewundener oder strahliger Bau resultiert. Der Gehalt an elastischen Fasern ist verschieden, kleine, bindegewebsarme Myome enthalten nur wenige solche. Außer den gewöhnlichen, bekannten Ausbreitungswegen größerer Myome kommt in selteneren Fällen ein Eindringen und Weiterwachsen in Gefäßen vor (in Lymphgefäßen Birch-Hirschfeld, in Venen Knauer).

Bezüglich des Wachstumes der Myome herrscht noch keine Übereinstimmung, Virchow unterschied Wachstum des Tumors aus eigenem Material und durch Apposition (diffuses Wachstum). Myome mit Kapsel wachsen stets aus sich heraus; dadurch entsteht eine konzentrische Schichtung, die peripheren Schichten oder die umgebende durch Druck atrophierende Uterusmuskulatur wird zur Kapsel, die also eine sekundäre Bildung darstellt. Bei Myomen ohne Kapsel, welche oft diffus in die Uteruswand übergehen, könnte das Wachstum auch durch Apposition erfolgen. Allein letzteres wird weder durch ein diffuses Vordringen, noch durch das Vorkommen von isolierten kleinen Knoten in der Umgebung des Tumors bewiesen. Die Apposition ist bloß scheinbar und kann nur für seltene Ausnahmefälle angenommen werden. Noch ungeklärter ist die Frage der Histogenese der Myome. Nach Ribbert handelt es sich um kongenitale, selbständige atypische Zellkomplexe (Myomkeime), nach Cohnheim dagegen um Proliferation von unverbrauchtem, nicht differenziertem Zellmateriale zum Zwecke

späteren Wachstums (in der Schwangerschaft etc.). Auf Grund der histologischen Befunde hält Meyer die Cohnheimsche Theorie für die wahrscheinlichere.

In der Diskussion zu diesem Vortrage spricht sich C. Ruge für ein appositionelles Wachstum aus („äußeres Wachstum"). Die Entstehung nach der Keimtheorie verwirft er als unverständlich.

In einem zweiten Vortrage stellt R. Meyer interessante neue Gesichtspunkte bezüglich des Verhältnisses zwischen Myom und Sarkom auf, die für die Histogenese des Sarkoms überhaupt und speziell des Uterussarkoms von Bedeutung sind. Die Wandsarkome des Uterus sind meist zirkumskript, nur selten diffus, man kann sie unter dem Sammelnamen der „muskelzelligen Sarkome" zusammenfassen. Dieselben sind im Anfangsstadium makroskopisch kaum von einem gewöhnlichen Myom zu unterscheiden. Mikroskopisch findet man alle möglichen Übergänge zwischen reinem Spindelzellen- und Muskelzellensarkom. Die ganz reinen Muskelzellsarkome (Sarkoma myomatoides) sind selten, sie wurden bisher von den Autoren nicht als Sarkome, sondern als „maligne Myome" bezeichnet (metastasierende Myome). Die Möglichkeit, Metastasen zu bilden, sowie der auffallende Zellreichtum mit nur spärlicher fibrillärer Zwischensubstanz und die Übergangsbilder zu unreiferen Zellformen, schließlich die Tendenz zu infiltrativem Wachstum, alle diese Momente sprechen für die sarkomatöse Natur dieser Tumoren. Die als Sarkomzellen bekannten Zellformen sind nicht als metaplasierte Muskelzellen, sondern bereits als Degenerationsformen der Tumorzellen zu betrachten, denn sie gehen Hand in Hand mit Degeneration (hyaline, schleimige) der Zwischensubstanz. Es ist also das „maligne Myom" als Frühstadium des muskelzelligen Sarkoms aufzufassen. Reine Spindelzellen- oder Rundzellensarkome der Uteruswand sind sehr selten. Von besonderen Formen der Wandsarkome wären noch zu erwähnen: Lymphangiektasien; teilweise epitheliale Anordnung der Zellen (fälschlich als Endotheliome bezeichnet). Besondere histogenetische Beziehungen der Sarkome zur Gefäßwand (Angiosarkom, Peritheliom) lassen sich ebenfalls nicht beweisen.

C. Ruge spricht sich gegenüber Meyer für die Metaplasie der Muskelzellen in Sarkomzellen aus.

Direkte Übergangsbilder von Muskelzellen in Sarkomzellen konnte auch Basso an zwei Fällen der Heidelberger Klinik verfolgen (darunter ein zystisches Myom). Er fand sarkomatöse Degeneration überhaupt auffallend häufig (in 5·7% der Fälle). Kynoch teilt einen Fall von spindelzelligem Myosarkom mit, welches 6 Monate post operat. zum Auftreten einer orangegroßen Metastase an der Beugeseite des rechten Ellenbogens führte (histologisch übereinstimmend mit dem primären Tumor). Exitus 1 Jahr post operat. an lokalem Rezidiv im Bauch.

Über zwei interessante Fälle von malignem Myom des Parametrium, wie sie bisher noch nicht beschrieben sind, berichtet v. Franqué: in dem ersten Fall (35jährige Frau; über kindskopfgroßer Beckentumor, der Schmerzen, Stuhlbeschwerden und Ischuria paradoxa verursachte) fand sich bei der Laparotomie ein rechts vom Beckenbindegewebe ausgehender Tumor, so weich und bröcklig, daß der ausschälende Finger in denselben einbrach. Wegen inniger Verwachsung mit der Umgebung, insbesondere mit der Blase (die ebenfalls einriß) war eine vollständige Exstirpation unmöglich. Exitus am Tage der Operation (fettige Degeneration des Herzens). Es handelte sich um ein primäres Myom des rechten Parametriums mit verschiedenen regressiven Veränderungen und atypischer Wucherung der Muskelfasern von sarkomähnlichem Aussehen ohne Mitbeteiligung des Bindegewebes (Myoma sarcomatodes Williams).

Der zweite Fall betraf eine 32jährige Frau, bei welcher drei Jahre vorher wegen Myom die abdominale Totalexstirpation gemacht worden war. Nun war abermals ein unscharf begrenzter, stellenweise fluktuierender Beckentumor vorhanden, der sich bei der Laparotomie so innig mit den Därmen verwachsen erwies, daß nur der Geschwulstinhalt (schwammige, ödematöse Massen) entfernt werden konnte. Ein Jahr später neuerdings Rezidiv, dritte Laparotomie, möglichste Ausräumung der Tumormassen. Bald darauf wieder Rezidiv bei subjektivem Wohlbefinden. Das histologische Bild war das eines reinen Myoms mit spärlichem Bindegewebe, nirgend sarkomverdächtige Stellen. Es handelte sich also um lokale Rezidive eines primären Uterusmyoms im Beckenbindegewebe (malignes Myom).

v. Franqué demonstrierte ferner einige bemerkenswerte Fälle von totalnekrotischen Myomen. Im ersten Falle wurde bei einem gangränösen, in die Uterushöhle durchgebrochenen Myom wegen Größe des Tumors und Enge der Scheide die abdominale Totalexstirpation ausgeführt. Die Infektionsgefahr kann in solchen Fällen durch vorherige Tamponade des Uterus mit 10% Formalingaze und Vernähung des Muttermundes sowie durch primäre Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes besser vermieden werden als bei primärer Eröffnung des hinteren Scheidengewölbes. Zwei weitere Fälle zeigen, daß ein totalnekrotisches Myom durch die Uteruskontraktionen auch zur Perforation des Uterus in die freie Bauchhöhle oder zwischen die Blätter des Ligamentum latum führen kann, ohne daß eine Vereiterung oder Verjauchung des Tumors vorausgegangen wäre. Solche Fälle von Durchbruch ins Parametrium sind sehr selten (nur 1 Fall in der Literatur von Bender und Burty).

Die bei nekrotischen Myomen fast stets vorhandene subfebrile Temperatursteigerung erklärt v. Franqué im Gegensatz zu Winter durch Resorption von Zerfallsprodukten aus dem nekrotischen Tumor. In einem weiteren Falle handelte es sich um die Vereiterung eines Myoms, die viel seltener vorkommt als einfache Nekrose: 51jährige Frau mit bis über den Nabel reichendem Myom und intermittierendem Fieber; abdominale Totalexstirpation; Heilung. Der Tumor enthielt zirka 3 Liter dicken grünlichgelben Eiters; am Grunde der großen Eiterhöhle ein doppeltfaustgroßes interstitielles Myom. Infektion des Tumors von der Uterushöhle aus war auszuschließen. Auffallend ist das Auftreten der Vereiterung ein Jahr nach der Menopause. Eine spezielle Ursache der Vereiterung war nicht nachweisbar, wahrscheinlich handelte es sich um eine Infektion auf dem Blutwege von irgend einem kleinen Eiterherd aus. Der günstige Verlauf ist wohl auf Vermeidung der Zerreißung der Geschwulstkapsel bei der Operation zurückzuführen. Man sollte daher prinzipiell bei allen weichen, möglicherweise infizierten oder malignen degenerierten Myomen das Anfassen derselben mit Hakenzangen vermeiden.

In der ost- und westpreußischen gynaekologischen Gesellschaft demonstrierte Schütze zwei Fälle von Nekrose eines Myoms infolge Schwangerschaft und Puerperium. In dem einen Fall, beginnende Totalnekrose eines intramuralen, interligamentären Myoms, kam es infolge Endometritis deciduae zum Absterben der Frucht und drohendem Abortus; die wehenartigen Kontraktionen des Myommantels führten zu Ernährungsstörungen und Nekrose des Tumors.

Im zweiten Falle handelte es sich um Verfettung der Muskelafsern und nekrotischen Zerfall eines intramuralen Myoms im Anschluß an einen Abortus im II. Monat. Über je einen Fall von mit Uteruskarzinom kombiniertem Myom berichten Kynoch und Garkisch. Der erstere Fall (diffuses Adenocarcinoma corporis uteri mit multipler Myombildung) bietet außer der ungewöhnlich starken Ausbreitung des Karzinoms,

welches das ganze Endometrium bis zur Zervix gleichmäßig betraf, nichts Bemerkenswertes. Mehr Interesse beansprucht der Fall Garkisch (kindskopfgroßes, lymphangiektatisches Myom kombiniert mit papillärem, polypösem Karzinom des Corpus uteri) durch die eigentümliche Ausbreitungsweise des Karzinoms in den Lymphbahnen der Uteruswand und des Myoms selbst, sowie der Parametrien bis an das Peritoneum und in die linke Tube hinein. Auch das Zervixgewebe war so von Karzinom durchsetzt, daß es bei der Operation durchriß. Garkisch erklärt dieses eigentümliche Verhalten aus den besonderen, durch die Anwesenheit des Myoms bedingten mechanischen Verhältnissen (Wachstum in der Richtung des geringsten Widerstandes!). Dadurch, sowie durch die ödematöse Durchtränkung der Gewebe kam es weiterhin im Bereiche des primären Karzinoms und des Myoms zu pseudosarkomatösen Bildern (diffuse Ausstreuung der Karzinomzellen), ähnlich wie in den Krukenbergschen Ovarialtumoren. Grünbaum beschreibt einen Fall von Adenomyom kombiniert mit Tuberkulose des Uterus, welches bei einer 45jährigen 0-para durch abdominale Totalexstirpation entfernt worden war. Die Tuberkulose dürfte seiner Ansicht nach sekundär auf dem Blut- oder Lymphwege von einem alten Lungenherde aus entstanden sein. Diese Kombination ist sehr selten (nur 3 Fälle in der Literatur). Was die Frage der Myomoperationen anbelangt, so differieren die Meinungen noch immer sowohl bezüglich der Indikationsstellung als insbesonders bezüglich der Technik, ob vaginal oder abdominal operiert werden soll, und in letzterem Falle, ob die supravaginale Amputation oder die Totalexstirpation vorzuziehen sei.

Weißwange beantwortet die Frage, wann soll ein Myom operiert werden, folgendermaßen: Submuköse Myome müssen so schnell wie möglich operiert werden wegen Gefahr der Nekrose und Infektion, und zwar konservativ, wenn die Operation vaginal ausgeführt werden kann, sonst radikal (auch bei multipler Myombildung). Subseröse Myome sind prinzipiell zu entfernen bei dünner Stielung (Stieltorsion, Achsendrehung des Uterus) und bei zunehmender Größe (Kompressionserscheinungen). Intramurale Tumoren indizieren die Operation, wenn sie bedrohliche Erscheinungen machen (Degenerationen), sehr groß sind (über mannskopfgroß) oder bei schnellem Wachstum. Desgleichen müssen intraligamentäre Myome entfernt werden, wenn sie Erscheinungen machen (Druck auf die Nachbarorgane). Im übrigen muß die Indikation individualisierend gestellt werden (Alter, soziale Stellung, Allgemeinbefinden, Zustand des Herzens, Anämie); bei einem Hämoglobingehalt von 30% und darunter ist die Operation zu widerraten. Myomkranke, die nicht sofort operiert werden, müssen in dauernder Beobachtung bleiben und über die Sachlage aufgeklärt werden. Die angebliche günstige Einwirkung gewisser Jod- und Solbäder auf Myome ist wissenschaftlich nicht begründet.

Czempin ist auf Grund seiner günstigen Resultate in den letzten Jahren (36 Radikaloperationen mit 0 Todesfällen) Anhänger der abdominalen Operationen, und zwar der supravaginalen Amputation, geworden. Seine Technik besteht in der Anlegung eines möglichst kleinen Hautschnittes (10—12 *cm*), Ablösung des Unterhautfettgewebes von der Faszie auf 2—5 *cm* von der Schnittlinie aus; Abtragung und Enukleation der hinderlichen Myomknoten. Die Verkleinerung der Tumoren empfiehlt sich besonders bei subperitonealem und intraligamentärem Sitze. Diese Myome bieten oft erhebliche Schwierigkeiten dadurch, daß sie sich tief ins Beckenbindegewebe einwühlen und das Kolon resp. die Flexura sigmoidea über sich ausspannen. In solchen komplizierten Fällen kann man sich durch Exzision von melonenscheibenartigen Stücken die Operation wesentlich erleichtern.

v. Franqué gibt eine Übersicht über die Resultate von 208 Fällen der Prager Klinik aus den letzten vier Jahren: Gesamtmortalität 10 Fälle = 4·8%, und zwar 44 vaginale Totalexstirpationen mit 4 (9·09%) und 154 abdominale Operationen mit 6 (3·09%) Todesfällen. Nur 3 Todesfälle sind direkt der Operation zur Last zu legen (Infektion), wovon 2 auf die vaginalen und nur ein Fall auf die abdominalen Operationen kommen. Es ist daher der vaginale Weg nicht schlechtweg als weniger gefährlich zu bezeichnen als der abdominale. Es muß eben dem einzelnen Falle entsprechend gewählt werden. Die vaginalen Methoden empfehlen sich bei guter Zugänglichkeit und den Raumverhältnissen des kleinen Beckens entsprechender Größe des Tumors. Die technisch einfachste Methode der vaginalen Totalexstirpation ist die von Döderlein: Spaltung des Uterus in seiner hinteren Wand bis zum Fundus unter eventueller Enukleation hinderlicher Knollen, Vorziehen des Uterus, Spaltung seiner vorderen Wand, Abschieben der Blase, Ligatur der Ligamenta lata und Adnexe. Die konservativen abdominalen Operationen (namentlich Enukleation interstitieller Myome) kommen wegen ihrer zweifelhaften Erfolge nur bei jugendlichen Personen in Betracht, die besonderen Wert auf Erhaltung der Konzeptionsmöglichkeit legen.

Von den radikalen abdominalen Methoden zieht v. Franqué die supravaginale Amputation im allgemeinen vor; die Totalexstirpation führt er nur aus bestimmten Indikationen aus (Verdacht auf Malignität, intraligamentäre Entwicklung, Verjauchung, Vereiterung, Infektionsgefahr); doch gibt auch diese Operation günstige Resultate, namentlich bei primärer Eröffnung des vorderen Scheidengewölbes, wodurch eine Infektion der Bauchhöhle sicherer vermieden werden kann.

Von den Komplikationen und Todesursachen bei der supravaginalen Amputation hebt v. Franqué besonders die Thrombose und Embolie hervor, als deren wesentliche Ursachen Anämie und Herzschwäche anzusehen sind. Die sicherste Prophylaxe ist rechtzeitige Operation bei noch gutem Kräftezustand der Patientinnen sowie Anwendung der Spinalanalgesie. Myome sollen daher, wenn sie Symptome machen, möglichst frühzeitig operativ entfernt werden.

Burckhard beschreibt einen Fall von sekundärem Stumpfkarzinom nach supravaginaler Amputation eines myomatösen Uterus bei einer 54jährigen 0-para fast 1½ Jahre post operat. Das Karzinom war bereits inoperabel. Solche Fälle sind in der Literatur 17 angeführt, wovon aber diejenigen abgerechnet werden müssen, wo schon zur Zeit der Myomoperation ein beginnendes Karzinom vorhanden war; es bleiben dann etwa 12—15 Fälle übrig. Wegen der Seltenheit dieses Vorkommnisses ist die supravaginale Amputation trotzdem der abdominalen Totalexstirpation vorzuziehen wegen der günstigeren Resultate. Doch muß letztere in gewissen Fällen ausgeführt werden (maligne Degeneration, Entwicklung des Myoms in die Zervix hinein).

Schließlich wären noch zwei bemerkenswerte Fälle von mit Schwangerschaft kompliziertem Myom kurz zu erwähnen.

In dem Falle von Pape handelte es sich um ein das kleine Becken ausfüllendes Zervikalmyom bei einer I-para; Blasensprung vor neun Tagen, Kontraktionsring, lebende Frucht; Muttermund erst für 1 Finger durchgängig. Reposition ausgeschlossen, daher Morcellement und Enukleation des Myoms, hernach vaginaler Kaiserschnitt, hohe Zange. Das tief asphyktische Kind konnte nicht wiederbelebt werden.

Im Falle Kayser wurde bei einer 43jährigen im 4. bis 5. Monate schwangeren Frau ein über mannskopfgroßes Myom der vorderen Uteruswand wegen bedrohlicher Allgemeinerscheinungen (infolge rapiden Wachstums) durch supravaginale Amputation entfernt; Heilung.

Vereinsberichte.

Aus deutschen Vereinen und Gesellschaften. (Referent H. Palm, Berlin.)

I. Einen „Beitrag zur destruierenden Blasenmole" gab Herr Kauffmann durch die Mitteilung eines sehr interessanten, von ihm beobachteten, operierten und mikroskopisch untersuchten Falles in der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie zu Berlin am 8. März 1907. 6 Wochen nach der Ausräumung einer Blasenmole wurde wegen leichter Blutungen bei normalem objektiven Befund kürettiert und in einem Bröckel des Ausgeschabten freie hydropisch geschwellte Zotten ohne maligne Degeneration der Epithelbekleidung festgestellt. Da sich während der weiteren Beobachtung der Patientin an der rechten Uterusseite ein orangegroßer weichelastischer Tumor entwickelte, der den Verdacht eines Chorioepithelioms rechtfertigte, exstirpierte Kauffmann den Uterus. Der Tumor stellte aber kein Chorioepitheliom dar, sondern bestand aus einem großen Konvolut von Venen, die mit Traubenmolenblasen von genau derselben Beschaffenheit wie bei dem kürettierten Bröckel angefüllt waren: auch die erweiterten Venen des Parametriums und des Lig. infundibulopelv. waren mit Blasen strotzend angefüllt, die Uterusmuskulatur dagegen völlig frei. Vortragender ist der Ansicht, daß die Neubildung eine Fortsetzung der primären Mole, deshalb als destruierend zu bezeichnen ist, weil dieselbe das Cavum uteri verlassen und schrankenlos in die Umgebung vorgedrungen ist; aus diesem Grunde müsse sie klinisch als bösartig angesehen werden, wenn auch im histologischen Sinne die Zeichen für Chorioepitheliom fehlen.

An der Diskussion beteiligten sich die Herren R. Meyer, Olshausen, Flaischlen, Straßmann und C. Ruge, die, an Einzelheiten des Vortrages anknüpfend, auf den Unterschied der klinischen und histologischen Malignität derartiger Tumoren hinweisen. Herr Mathaei legte der Geburtshilflichen Gesellschaft zu Hamburg (3. November 1907) unter Mitteilung der klinischen Daten die mikroskopischen Präparate einer 6 Wochen nach stattgehabter Ausräumung einer Blasenmole wegen heftiger Blutung aus dem Uterus entfernten bröckligen Masse zur Begutachtung vor. Obwohl an keiner einzigen Stelle das mikroskopische Bild die für Chorioepitheliom charakteristischen Anzeichen erkennen ließ, insbesondere der Einbruch syncytialer Elemente in die Muskulatur fehlte, rieten die Herren Calmann und Prochownik im Hinblick auf die ernsten klinischen Symptome des Falles dringend zur Totalexstirpation, über deren glückliche Durchführung Mathaei in der folgenden Sitzung unter Demonstration des Präparates berichtete.

Als „relativ gutartig" bezeichnete Herr Rosenstein in der Gynaekologischen Gesellschaft in Breslau am 21. Jänner 1908 unter Vorlegung des Präparates einen Fall von Chorioepitheliom, bei dem er mehrere Monate nach Ausstoßung einer Blasenmole den seiner Größe nach einem 6 Wochen graviden entsprechenden Uterus vaginal exstirpierte. Als Zeichen der relativen Benignität betrachtet Rosenstein das Fehlen von Albuminurie, von Metastasen und von Adnextumoren, ferner den mikroskopischen Befund des solitären, an der hinteren Uteruswand gelegenen walnußgroßen rotbraunen Tumors, bei welchem die hydropischen Zotten stellenweise noch recht gut erhaltenes Epithel zeigen, an anderen allerdings auch starke Wucherungen der Langhansschen Zellen und Syncytiumbalken erkennen lassen.

In dem I. Teil eines groß angelegten Vortrags, betitelt: „Die Geschwülste des weiblichen Genitaltraktus in ihrer Bedeutung für die Geschwulstlehre und die Frage der relativen Malignität" in der Sitzung der Gynaekologischen Gesellschaft in München am 18. Juli 1907 beschäftigte sich Herr H. Albrecht mit dem Chorioepitheliom und Chorioangiom. Zunächst führt Vortragender aus, daß im allgemeinen die biologische Betrachtungsweise und experimentelle Forschung, insbesondere auch die zahlreichen klinischen Beobachtungen von relativer Malignität für die Geschwulstlehre und die Frage der Bösartigkeit von einschneidendster Bedeutung, ihre genaueste Berücksichtigung von hoher Wichtigkeit und unerläßlich sei. Des weiteren setzt Albrecht im speziellen für das Chorioepitheliom auseinander, inwieweit gerade bei dieser Geschwulst biologische Vorstellungen und Erwägungen uns dem Verständnis und der Lösung des oben bezeichneten Problems näher bringen können. Die diesem speziellen Teile zugrunde gelegte Disposition sei hier kurz angeführt: 1. Physiologisches Wachstum des Chorions: physiologische Begrenzung des Wachstums, chorioepitheliale Zellinvasion, Zottenverschleppung. 2. Blasemolenbildung: 3. benignes

und malignes Chorioepitheliom unter Mitteilung kasuistischer Beiträge, kritische Besprechung der verschiedenen Theorien über die Ätiologie der Blasenmole und des Chorioepithelioms und dessen relativer Malignität.

Der Albrechtsche Vortrag ist in der Frankfurter Zeitschr. f. Pathologie, I. Bd., H. 3 ausführlich erschienen und dürfte für jeden, welcher der in letzter Zeit häufig behandelten Frage der relativen Gut- bzw. Bösartigkeit des Chorioepithelioms und der Möglichkeit seiner Spontanheilung Interesse entgegenbringt, eine lehrreiche Lektüre sein.

Bei der in der folgenden Sitzung (21. November 1907) stattfindenden Diskussion zu Albrechts Vortrag wiesen Albrecht und K. Hörmann übereinstimmend darauf hin, daß die für den einen oder anderen Fall zuzugebende Möglichkeit der Spontanheilung eines Chorioepithelioms die Indikationsstellung zur Operation keineswegs beeinflussen dürfe; sobald die Diagnose „Chorioepitheliom" feststehe, sei ein radikales operatives Vorgehen strikte angezeigt; allerdings habe man bei der mikroskopischen Entscheidung der neuerdings von Robert Meyer geforderten Differentialdiagnose zwischen Plazentarretention mit chorioepithelialen Zellinvasionen und wirklichem Chorioepitheliom Rechnung zu tragen.

Über Fälle der letzteren Art berichteten unter Demonstration der betreffenden Präparate:

Herr Menge (Fränkische Ges. f. Geburtsh. u. Gynaek. in Erlangen, 3. Februar 1907): In dem einen Fall Entwicklung der Neubildung im Anschluß an die Geburt eines ausgetragenen Kindes, das von der Mutter bis kurz vor ihrem an Uterus- und Lungenblutungen erfolgten Tode gestillt wurde. In dem zweiten Falle Entstehung des Neoplasma nach Geburt einer Blasenmole. Durch abdominale Totalexstirpation wurde Heilung erzielt.

Herr Lichtenstein berichtete über einen Fall von Chorioepitheliom nach spontan erfolgter normaler Geburt. Bei Übernahme der Behandlung, $3^1/_2$ Monate p. p., bestanden Fieber, grauweißer übelriechender Ausfluß, erhebliche Abmagerung und Schwäche, aber keine Uterusblutung und Schmerzen. Der Uterus war 3 Finger breit über der Symphyse fühlbar, in der Vagina ein großer metastatischer Knoten; die auf den Lungen nachweisbaren Veränderungen (pleuritisches Reiben) und erhebliche Beeinträchtigung der Bewegungen im rechten Schultergürtel und Arm deuteten auf das Vorhandensein von Metastasen in beiden Lungen und in der Marksubstanz des linken Großhirns, die auch bei der Sektion nachgewiesen wurden.

Herr Polano beobachtete 4 Wochen nach der vaginalen Exstirpation eines Uterus mit Chorioepitheliom eine Metastase in Vagina und Blase, die auch zystoskopisch sich feststellen ließ. (Fränkische Gesellschaft für Geburtshilfe und Frauenheilkunde in Bamberg am 20. Oktober 1907.)

Herr Kauffmann demonstrierte der Ges. f. Geburtsh. u. Gynaek. zu Berlin am 22. November 1907 die Präparate eines Chorioepithelioms des Uterus mit Scheidemetastase. Die Operation fand 6 Monate nach der Entfernung einer großen Blasenmole statt, nachdem die Patientin schon 2 Monate lang wegen Blutungen in anderweitiger Behandlung gestanden und kürettiert worden war. Als das Bemerkenswerte an diesem Falle hebt Kauffmann hervor, daß die kürettierten Massen und die Scheidenmetastase das typische Bild eines Chorioepithelioms darboten, während im Uterus zwar Knotenbildung mit blutigfibrinösen Gerinnungsmassen, aber keine auf Malignität hindeutenden fötalen Zellkomplexe sich nachweisen ließen. Hierin glaubt Vortragender trotz des malignen Charakters der ausgeschabten Bröckel eine gutartige Form des Neoplasma annehmen zu können, das sich bereits in spontaner Ausheilung befand; er erklärt aber trotzdem auch für derartige günstige Fälle die ausgeführte Radikaloperation mit Recht als die einzig in Betracht kommende rationelle Behandlung.

Bei dem von Herrn Lomer (Geburtsh. Ges. zu Hamburg am 17. Dezember 1907) beobachteten Fall eines mächtigen Chorioepithelioms des Uterus und der Vagina mit Metastasen in der Lunge, der $^1/_4$ Stunde nach Aufnahme der Schwerkranken in die Klinik letal endete, lag die Ausstoßung einer Blasenmole $1^1/_2$ Jahre zurück; in den letzten 8 Tagen waren foudroyante Blutungen aufgetreten und erst 24 Stunden ante exitum ärztliche Hilfe in Anspruch genommen worden.

Metastasen im Ligament. lat. sinistr., in den Lungen, der Leistenbeuge und der rechten Nebenniere wurden in dem von Herrn Hannes (Gynaek. Ges.

in Breslau am 21. Jänner 1908) vaginal operierten Chorioepithelioma malignum mit gleichzeitiger Entfernung der kleinzystisch degenerierten Ovarien festgestellt. Bald nach einer Zangengeburt atypische Blutungen, mehrfach von anderer Seite wegen Annahme eines Abortus kürettiert, Operation 6 Monate p. p. Exitus letalis 6 Wochen p. operat.

Herr Zinn (Verein für innere Medizin in Berlin am 16. März 1908) behandelte eine Patientin mit Metastasen in der Vagina und den Lungen nach Chorioepitheliom erfolgreich mit Atoxyl. Cyanose und Dyspnoe wurden hierdurch beseitigt. In dieser günstigen Beeinflussung glaubt Vortragender eine relativ große Heiltendenz des Tumors erblicken zu können, und hält die Exstirpation des primären Uterustumors, die wegen der Metastasen zunächst nicht in Betracht gezogen worden war, für erfolgreich und indiziert.

Die makro- und mikroskopischen Präparate einer der seltenen Fälle von sogenanntem primären (ektopischen) Chorioepitheliom der Scheide, Leber und Lungen nach Blasenmole ohne Geschwulstbildung im Uterus und den Tuben zeigte Herr Risel in der Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. zu Leipzig am 18. Februar 1907: Nachdem die Pat. sich von dem fieberhaft verlaufenen Wochenbett erholt und einige Zeit völlig wohl gefühlt hatte, trat plötzlich, etwa $^3/_4$ Jahre später, unter hohem Fieber eine schmerzhafte Schwellung der Leber und bald darauf eine profuse Blutung aus den Genitalien auf, die unter Verlust von 1 Liter Blut den Tod herbeiführte. Bei der Sektion erwies sich die Gebärmutter klein, das Kavum in der oberen Hälfte obliteriert, die Schleimhaut überall sehr dünn, die Tuben völlig intakt und die Ovarien nur durch einige kleine Zysten aus atretischen Follikeln entstanden, etwas vergrößert. Dagegen fanden sich in der vorderen und hinteren Vaginalwand je ein mächtiger Geschwulstknoten, von denen der vordere auf die Blase übergegriffen hatte und nach der Scheidenschleimhaut breit durchgebrochen war. Die Knoten zeigten auf dem Durchschnitt die charakteristischen dunkelroten, unregelmäßig geschichteten Gerinnsel, Geschwulstgewebe ließ sich nur an einzelnen Stellen makroskopisch erkennen. Im mikroskopischen Bilde fand man hiermit in Übereinstimmung nur schmale Streifen von Geschwulstgewebe, das an den meisten Stellen die Form eines atypischen Chorioepithelioms mit großen, dunklen isolierten, mehrkernigen Wanderzellen darbot. Die Metastasen in Leber, Lungen zeigten dasselbe Aussehen.

Einen ebenfalls seltenen Tumor, ein mannskopfgroßes, dem linken Ovarium angehörendes Chorioepitheliom mit einem zweiten, kleinen zentralen Geschwulstherd in dem makroskopisch unveränderten rechten Ovarium, aber ohne jegliche Mitbeteiligung von Uterus, Vagina oder Tuben entfernte Herr Döderlein durch die Radikaloperation. (Münchener gyn. Ges. am 24. Oktober 1907.) Wenn Vortragender auch die Entstehung dieses Chorioepithelioms im Anschluß an einen voraufgegangenen uterinen Abort für wahrscheinlich hält, so gibt er doch die Möglichkeit zu, daß es sich in dem vorliegenden Falle um primäre, ohne Zusammhang mit einer Gravidität stehende Chorioepitheliome der Ovarien handelt, wie sie auch im Hoden gefunden werden.

II. Das Präparat einer inkompleten Uterusruptur, die spontan bei einer 28jährigen Mehrgebärenden mit normalem Becken dadurch zustande gekommen war, daß die sehr starken Wehen den im tiefen Querstand eingetretenen voluminösen Kopf in dieser fehlerhaften Stellung durchzutreiben suchten, demonstrierte Herr Jolly in der Ges. f. Geburtsh. u. Gyn. zu Berlin am 14. Juni 1907: Nach vorgenommener Entbindung durch Perforation und Kranioklasie wurde die in der rechten Zervixgegend gelegene Rupturstelle tamponiert; die Entbundene ging aber bald darauf an Anämie zugrunde. Wegen des tiefstehenden, völlig abschließenden Kopfes hatte eines der wichtigsten diagnostischen Kriterien, die äußere Blutung, völlig gefehlt. Der Tod erfolgte an innerer Verblutung durch den faustgroßen Riß in der Zervix in das rechte Ligament hinein.

Jolly macht den Vorschlag, die Bezeichnungen komplete und inkomplete Ruptur durch intra- und subperitoneale zu ersetzen.

Herr Keller beobachtete seinerzeit einen dem geschilderten ähnlichen Fall. Großer, ins Parametrium reichender Zervixriß mit ausgedehntem Hämatom. Sofort nach der Geburt des lebenden Kindes starb die Kreißende.

Der von Herrn Leopold in der Gyn. Ges. zu Dresden am 20. Juni 1907 mitgeteilte Fall einer kompleten Uterusruptur hatte die typische Entstehungsgeschichte: Forcierte Entbindungsversuche bei verschleppter Querlage, die 4 Stunden vor Aufnahme in die Klinik vorgenommen worden waren. Hierselbst wurde in Narkose die Dekapitation ausgeführt und nach Feststellung des die vordere Uteruswand samt Peritoneum dicht über dem inneren Muttermund quer durchtrennenden 12 *cm* langen Risses laparotomiert. Da die Ruptur lediglich die vordere Uteruswand betroffen und die Hauptgefäße des Uterus völlig unversehrt geblieben waren, wurden die Wundränder des Risses nach Entfernung der bereits grünlich verfärbten Rißflächen vernäht und dann nach der Vagina und durch den unteren Laparotomiewinkel drainiert. Völlige Genesung. Leopold betont, daß bei der operativen Behandlung derartiger Verletzungen nur die Laparotomie wegen der unbedingt nötigen Übersichtlichkeit des oft sehr schwierig klarzulegenden Operationsgebietes in Frage komme. Dieser Auffassung pflichtet in der Diskussion Herr Wagner bei, während Herr Lehmann gerade für den besprochenen Fall wegen des tiefen Sitzes der Rupturstelle das vaginale Vorgehen für sehr geeignet hält. Betreffs des Verhaltens bei späteren Geburten in derartigen Fällen erklärt Leopold auf die Frage des Herrn Steffen die relative Indikation zum Kaiserschnitt für vorliegend.

Herr Franz demonstrierte in der Ges. f. Geb. u. Gyn. zu Leipzig am 20. Jänner 1908 vier Präparate von intra partum erfolgter Uterusruptur. In dem ersten Falle enthielt man sich nach Perforation des Kindes und leichter Expression der Plazenta wegen durchaus befriedigenden Zustandes der Entbundenen und völlig fehlender äußerer oder innerer Blutung jeder weiteren Therapie. Am 5. Tage p. p. Exitus an Sepsis. In den drei übrigen Fällen wurde durch Totalexstirpation des Uterus Heilung erzielt. Bei der Operation fand man hierbei einmal den Uterus entlang der alten Kaiserschnittnarbe aufgerissen, unter welcher die Plazenta gesessen hatte; ein anderes Mal verlief der Riß vom äußeren Muttermunde an die ganze linke Kante des Uterus hinauf. Angesichts der Ergebnisse in diesen 4 Fällen tritt Franz, wohl in Übereinstimmung mit der großen Mehrzahl der Gynaekologen, für ein unbedingtes aktives Vorgehen bei Uterusruptur ein, auch wenn augenblicklich keine dringenden Symptome dazu auffordern. Für die zweckmäßigste Operation erklärt er die Totalexstirpation, die je nach der Sachlage abdominal oder vaginal auszuführen ist, und verwirft die Tamponade der Rißwunde, weil bei derselben die Infektionsgefahr nicht ausgeschaltet wird.

In der Diskussion erklärt sich Herr Zweifel mit der Forderung, daß jede Uterusruptur behandelt werden müsse und wegen der enorm hohen Gefahr der septischen Peritonitis sich nicht selbst überlassen werden dürfe, einverstanden. Das Wesentlichste unseres Handelns müsse dabei auf eine möglichst gründliche Beseitigung der Blutmassen aus der Peritonealhöhle und einen Abschluß derselben nach dem Genitalkanale zu gerichtet sein. Franz gegenüber betont er, daß dieses letztere Ziel in vielen Fällen durch einfaches Übernähen des Risses zu erreichen ist und daß die Entfernung des Uterus nur bei Zertrümmerung des Organs in Frage kommt. Die mit dem operativen Vorgehen in den letzten Jahren erzielten Resultate haben Zweifel die Überlegenheit dieser Maßnahmen gegenüber der von den praktischen Ärzten in der Notlage auszuführenden Tamponade der Rißstelle mit Deutlichkeit erwiesen.

Über die wohl ganz außerordentlich seltene Beobachtung von Blutung in die Bauchhöhle infolge Varixberstung bei normaler Gravidität mens. VIII berichtete Herr Praeger (Med. Gesellsch. zu Chemnitz am 11. Dezember 1907). Bei der Laparotomie erkannte man als Sitz der Blutungsquelle eine erweiterte Vene dicht an der rechten Uteruskante im breiten Mutterband. Wiederholt versuchte Umstechung führte nicht zum Ziel, daher wurde ein Mikulicztampon auf die blutende Stelle gepreßt und dann die Bauchhöhle bis auf die Drainstelle geschlossen. Im Anschluß an diesen Fall erörtert Praeger die Frage der Hypertrophie des Gefäßapparates während der Schwangerschaft, die Varizenbildung und ihre Ursachen und wendet sich dann der ausführlichen Besprechung der Differentialdiagnose zu. Es kommen hierbei in Betracht: Milz- und Leberruptur, subperitoneale Bauchdeckenhämatome, Berstung des Magen-Darmkanals, Blutungen in die Bauchhöhle bei Myom, Adnexerkrankung mit Stieldrehung, gleichzeitiger ektopischer Schwangerschaft, Appendizitis und insbesondere die Uterusruptur in der Schwangerschaft, auch die Möglichkeit einer Lungenembolie muß

erwogen werden. Die einzige in Frage kommende Therapie bei Blutungen in die Bauchhöhle, gleichviel aus welcher Ursache, ist die sofortige Laparotomie.

Ein ebenfalls wohl sehr seltenes Präparat von Berstung des graviden Uterus demonstrierte Herr Lichtenstein in der Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gyn. zu Leipzig am 17. Februar 1908. Die Patientin, in der 38. Woche ihrer fünften, bis dahin ganz normal verlaufenen Gravidität, empfand einige Zeit nach einem Fall auf der Treppe heftige Leibschmerzen, der Zustand verschlimmerte sich immer mehr und als 5 Tage nach dem erlittenen Trauma die Transferierung in die Klinik erfolgte, befand Patientin sich bereits in moribundem Zustand. $1/2$ Stunde später erfolgte der Tod, ohne daß ein operativer Eingriff vorgenommen werden konnte. Bei der Sektion wurden 920 *g* geronnene Blutmassen aus dem Abdomen entfernt und in der hinteren Wand des Uterus zwei Öffnungen entdeckt, durch die die Plazenta teilweise prolabiert war; außer hochgradiger Anämie an den anderen Organen nichts Abnormes. Bei der Erörterung des im vorliegenden Falle anzunehmenden ätiologischen Momentes schließt Vortragender Endometritis, Abort, Lues, Plazentarlösung, Kaiserschnitt als nicht in Betracht kommend aus; ob die von Veit beschuldigte und von Freund in der Diskussion angeführte Verdünnung der Uteruswand durch Zottendeportation als disponierendes Moment in Frage komme, müsse durch die noch auszuführende pathologisch-anatomische Untersuchung des Präparates festgestellt werden, auf alle Fälle aber glaubt Vortragender das mechanische Moment nicht außer acht lassen zu dürfen, da dicht an der Rißstelle die Serosa eine starke Zerrung aufweist, die durch eine feste und breite, den Douglasschen Raum völlig überdachende Verwachsung der Flexura sigmoidea mit dem Uterus bedingt war und die durch die Insertion der Plazenta an sich bereits verdünnte Uteruswand durch Zug allmählich partiell zerrissen und schließlich völlig rupturiert hat.

In der Diskussion führt Herr Zweifel einen von ihm operierten Fall von Uterusruptur nach früherem Kaiserschnitt an; der Riß befand sich nicht in der Kaiserschnittnarbe, sondern im linken Uterushorn, woselbst mikroskopisch ein Unterminieren der Wand durch Chorionzotten festgestellt wurde.

Einen Fall von wiederholtem Kaiserschnitt bei Ruptur der Uterusnarbe beobachtete Herr Schneider (Ärzteverein zu Düsseldorf). Außer ungewöhnlich heftigen Wehenschmerzes hatte die Ruptur keine objektiven Symptome verursacht. Nach Ausführung des Leibschnittes quoll unerwartet eine große Menge geronnenen und flüssigen Blutes hervor, die rupturierte Stelle befand sich im oberen Drittel der Kaiserschnittnarbe in Gestalt eines Knopfloches, durch welches ein großer Teil der Plazenta durch die Wehentätigkeit hindurchgepreßt war; das Kind konnte noch lebend extrahiert werden. Der Heilungsverlauf war etwas verzögert durch ein Hämatom im vorderen Douglas, das sich am 8. Tage post operationem durch die Bauchwunde spontan entleerte.

Über die Möglichkeit einer Spontanruptur der Zervix bei Abort an der Hand eines von ihm beobachteten Falles sprach Herr Blumreich in der Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gyn. zu Berlin (8. März 1807). Wegen Fiebers sah Blumreich sich genötigt, die von einem anderen Arzt durch Einführung von Jodoformgaze in die Zervix versuchte, aber nicht bewerkstelligte Unterbrechung der Schwangerschaft mittelst kombinierter Laminaria-Bougiedilatation nach Möglichkeit zu beschleunigen. Nachdem er sich von der völligen Unversehrtheit der Zervix überzeugt hatte, legte Blumreich einen Laminariastift ein und fand nach 24stündiger guter Wehentätigkeit die Portio im ganzen Umfang ihrer hinteren Hälfte abgerissen, in dem kleinen, nicht dilatierten Muttermund steckte noch der Laminariastift, während die 10 *cm* lange Frucht und ein Teil der Plazenta aus der Rißstelle hervorragten; die Entfernung derselben gelang leicht; während des Heilungsverlaufes wurde die nekrotisch gewordene ganze hintere Lippe abgestoßen. Blumreich erblickt das ätiologische Moment in der überaus großen Rigidität der Zervix, die das durch die Wehen in die Zervix geborene Ei durch den äußeren Muttermund nicht durchtreten ließ und hierdurch die Zerreißung der höher gelegenen, stark überdehnten Zervikalwand verursachte.

In der Diskussion bezweifeln die Herren Henkel, Stöckel und Keller die Richtigkeit dieser Annahme und glauben, daß bei der voraufgegangenen Tamponade eine Verletzung der Zervix erfolgte, die durch die Einführung des Laminariastiftes zu einer kompleten Ruptur führte.

III. In einem Vortrage: Über akzidentelle Herzgeräusche bei Schwangeren teilte Herr Link im Verein Freiburger Ärzte am 13. Dezember 1907 seine an 330 Schwangeren gemachten diesbezüglichen Beobachtungen mit. Die Untersuchten befanden sich in den letzten Monaten der Gravidität und vornehmlich in den ersten 7—11 Tagen des Puerperiums. 41 davon, d. h. 12·4%, wiesen ein als akzidentell zu deutendes systolisches Geräusch von hauchendem oder blasendem Charakter auf, das fast stets am lautesten an der Basis, links vom Sternum im II. Interkostalraum und in seiner nächsten Nachbarschaft, an der Herzspitze dagegen entweder gar nicht oder nur leise zu hören war; eine Zunahme der Geräusche im Exspirium konnte nicht festgestellt werden, ebensowenig eine Akzentuation des II. Pulmonaltons. Außer der bei Schwangeren sehr oft mehr oder weniger nachweisbaren Verbreiterung des Spitzenstoßes, die nach Ansicht vieler Autoren durch die stärkere Anlagerung des Herzens an die vordere Brustwand hervorgerufen zu werden pflegt, fanden sich keine weiteren Veränderungen. Nach der Geburt waren unter den 41 Geräuschen 26 verschwunden, bei 12 Entbundenen konnte eine Herzuntersuchung nicht vorgenommen werden und nur bei 3 blieb das Geräusch auch im Puerperium noch nachweisbar. Die Entstehung des Geräusches führt Vortragender auf mechanische Verhältnisse zurück, und zwar auf eine Art leichter Abknickung, die speziell die A. pulmonalis durch das emporgedrängte und stärker der Brustwand angelagerte Herz erfährt, indem dabei der Winkel zwischen dem Septum und der A. pulmonalis etwas spitzer wird als normal. An einer Reihe von Orthodiagrammen, die Link bei denselben Personen je vor und nach der Geburt mit genauer Höhenmarkierung aufgenommen hat, weist er den tatsächlich während der letzten Monate der Gravidität bestehenden größeren Hoch- und Querstand des Herzens nach. Daß das Geräusch nicht bei allen Schwangeren in die Erscheinung tritt, ist nach Ansicht des Vortragenden durch individuelle Verhältnisse, wie Straffheit der Bauchdecken, Größe des graviden Uterus usw. bedingt.

Die sichere Ausschließung der differentialdiagnostisch gegenüber einem Vitium cordis in Betracht kommenden Mitralinsuffizienz wird durch die genaue Berücksichtigung der Lokalisation des Geräusches auf die A. pulmonalis und die nächste Nachbarschaft und des Fehlens desselben an der Herzspitze, ferner durch die Beschaffenheit des II. Pulmonaltones ermöglicht.

Die Feststellungen Links haben hohen praktischen Wert im Hinblick auf den bisherigen, keineswegs eindeutigen Standpunkt der Geburtshelfer in der Frage der Notwendigkeit einer künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung bei Herzaffektionen.

Im Verein der Ärzte Düsseldorfs (15. April 1907) berichtete Herr Hellendall über einen Fall von Herzfehler in der Schwangerschaft, bei dem er sich wegen bedrohlicher Erscheinungen zur Einleitung des Aborts genötigt sah. 8 Tage später führte er per laparotomiam die Tubensterilisation aus. Er erörtert in seinem Vortrage ausführlich die Indikationsstellung zu dieser Operation bei Herzfehlern und bespricht unter Schilderung der Technik die Vorteile des abdominalen Verfahrens gegenüber dem vaginalen.

Wegen schweren Bronchialasthmas mit sekundärer Herzinsuffizienz und Lungenödem führte Herr Voigt (Med. Gesellsch. zu Göttingen am 9. Jänner 1908) den vaginalen Kaiserschnitt bei einer 26jährigen Gravida mens. IX aus. Bei Beginn der Operation befand sich Patientin in höchst lebenbedrohlichem Zustand, die Reflexe waren erloschen, der Puls kaum zu fühlen. Nach Entleerung des Uterus, die mit reichlichem Blutverlust verbunden war, besserte sich der Zustand und das Bewußtsein kehrte allmählich zurück. Der Wundverlauf war glatt und Patientin konnte bereits am 15. Tage post operationem entlassen werden. Bei der weiteren Beobachtung konnten keine dauernden Herzveränderungen nachgewiesen werden, dagegen wurde Patientin einige Zeit später von einem schweren asthmatischen Anfall befallen.

Das nicht minder wichtige Kapitel „Tuberkulose und Schwangerschaft" erfuhr ebenfalls durch einige umfassende Vorträge und kleinere Mitteilungen bemerkenswerte Ergänzungen. So behandelte Herr Bumm im Verein für innere Medizin in Berlin am 24. Februar 1908 das Thema: Lungentuberkulose und Gravidität. Da die genannte Erkrankung die Widerstandsfähigkeit des Körpers herabsetzt, so ist bei sicherem objektiven Nachweis tuberkulöser, nicht zu weit vorgeschrittener Veränderungen die Schwangerschaftsunterbrechung indiziert. Besteht bereits ein weit fortgeschrittenes

Stadium der Lungentuberkulose, so ist wegen der Gefahr eines durch die Schwangerschaftsunterbrechung ausgelösten rapiden Verlaufes der Tuberkulose, die in einigen Tagen zum Tode führen kann, der Eingriff nur auf die mit akutem Lungenödem komplizierten Fälle zu beschränken. Bei der prognostischen Beurteilung leistete ihm die Verwendung der Konjunktivalreaktion gute Dienste.

Vortragender verbindet mit der Schwangerschaftsunterbrechung, die über den 7. Schwangerschaftsmonat hinaus möglichst vermieden werden soll, häufig die Sterilisierung sowohl zur Vermeidung weiterer Schwangerschaften wie auch zur Herbeiführung der nach Kastration eintretenden Stoffwechselveränderung.

Herr E. Martin stellte in der Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gyn. zu Berlin am 25. Oktober 1907 eine tuberkulöse Wöchnerin vor, bei welcher er ebenso wie bei noch mehreren anderen aus der Universitäts-Frauenklinik der Charité unmittelbar nach vorgenommener Schwangerschaftsunterbrechung die Calmettesche Tuberkulinreaktion mit negativem Resultat, 7 Wochen später jedoch mit positivem Ausfall, Rötung der Konjunktiva, ausgeführt hatte. Vortragender erklärt sich das Ausbleiben der Reaktion durch die bei bestehender oder soeben erst beendeter Gravidität vorhandene Schwächung des Organismus, fehlende Antikörperbildung und das Fortschreiten des tuberkulösen Prozesses, während das später sich zeigende positive Resultat durch die nach beendeter Gravidität allmählich einsetzende Erstarkung des Organismus, Bildung von Antikörpern und den Rückgang der tuberkulösen Erkrankung hervorgerufen wird. In diesem Verhalten erblickt Vortragender ein prognostisch günstiges Zeichen.

Interessante Mitteilungen machte Herr Hofbauer in seinem Vortrage: Larynx und Schwangerschaft in der Ost- und westpreußischen Gesellsch. f. Gyn. zu Königsberg am 23. November 1907. Vortragender hat 6 Larynges von während der Geburt oder sehr bald nach derselben verstorbenen Frauen einer genauen histologischen Untersuchung unterzogen und hierbei Veränderungen, wie Ansammlung von Lymphozytenhaufen in der subepithelialen Schicht, Mastzellen, deziduaähnliche Bindegewebszellen, erweiterte Gefäße und vor allem eine von den aryepiglottischen Falten bis zu den Stimmbändern herabreichende Epithelmetaplasie zu kubischem Epithel mit solcher Regelmäßigkeit an bestimmten Lokalisationsstellen nachweisen können, daß ihm ein Zusammenhang dieser Veränderungen mit der Gravidität im höchsten Grade wahrscheinlich erscheint. Diese Annahme hält Vortragender auf Grund der bekannten Tatsache, daß die Stimme von Sängerinnen in Klangfarbe und Tonlage während der Gravidität sehr häufig eine Änderung erfährt, um so mehr berechtigt und er glaubt, daß die konstatierten Veränderungen auch eine Erklärung für das oft so rasche und deletäre Fortschreiten der Kehlkopftuberkulose ermöglichen.

Dieser letzteren Schlußfolgerung wird in der Diskussion von den Herren Schroeder und Lewinsohn widersprochen mit dem Hinweis, daß die Larynxphthise doch eine relativ seltene Erkrankung darstellt und ihre rasch herbeigeführte Heilung durch die Unterbrechung der Gravidität noch nicht genügend erwiesen sei. Herr Gerber hat in Übereinstimmung mit dem Vortragenden an einem großen laryngologischen Material die Überzeugung gewonnen, daß ohne Zweifel bei den meisten Graviden Veränderungen an den Schleimhäuten der oberen Luftwege sich zeigen, er hat auch die von dem Vortragenden aufgeführten histologischen Befunde selbst wiederholt beobachtet, kann denselben aber eine spezifische Bedeutung für die Gravidität nicht zusprechen und hält für die sichere Entscheidung dieser Frage Kontrolluntersuchungen an einer größeren Reihe von Kehlköpfen gravider und nicht gravider Frauen für notwendig. Dieser Forderung schließt sich auch Herr Henke an.

Indem wir uns zum Schlusse noch kurz der technischen Seite der im Vorstehenden wiederholt erwähnten künstlichen Schwangerschaftsunterbrechung zuwenden, seien die Ausführungen erwähnt, die Herr Hannes in seinem Vortrage in Breslau: Welche Anforderungen sind an eine korrekte Methode der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft zu stellen? zum Ausdruck bringt. Er erörtert, daß unser Augenmerk auf die Hervorrufung einer durch Reizung der parazervikalen Nervenelemente auszulösenden und dem physiologischen Geburtsverlauf möglichst bald entsprechenden regelrechten Wehentätigkeit gerichtet sein müsse; die Geburtsbeendigung, der Austritt des Kindes soll spontan erfolgen. Dieses Ziel wird durch keine Methode in zufriedenstellenderer Weise erreicht als durch die Metreuryse mit leichter Zugwirkung.

Die gesamte Geburtsdauer betrug nach den jahrelangen reichen Erfahrungen in der Breslauer Frauenklinik durchschnittlich 22 Stunden, eine schwere, an die Hystereuryse sich anschließende Wochenbettserkrankung wurde in keinem einzigen Falle beobachtet. In den Fällen möglichster Geburtsbeschleunigung, also bei der Notwendigkeit eines Accouchement forcé stellt der vaginale Kaiserschnitt das Verfahren der Wahl dar. Diese beiden Methoden machen alle anderen überflüssig.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Gynaekologie.

Grillmeier, Bericht über 100 in der Würzburger Frauenklinik ausgeführte Ovariotomien. Inaug.-Diss., Würzburg, Februar 1908.

Engeland, Über modernen Wundschutz bei Laparotomie. Inaug.-Diss., Gießen, April 1908.

Gronowski, Über die operative Behandlung der Doppelbildung des weiblichen Genitale. Inaug.-Diss., München, April 1908.

Magg, Zur Operabilität des Uteruskarzinoms. Ebenda.

Krämer, Ein Fall von akquirierter Atresie des unteren Teiles des Uterus und der oberen Partie der Zervix mit Haematometra. Ebenda.

Bland-Sutton, On One Hundred Consecutive Hysterectomies for Fibroids attended with Recovery; and Observations on Injuries of the Ureters. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp., Nr. 5.

Philipps, Uterus Bicornis Unicollis: Atresia of External Os: Absence of Vagina: Retained Menses: Hysterectomy. Ebenda.

Lockyer, Uterus Unicornis, with Haematometra and Haematosalpinx. Ebenda.

Simpson, Prolapse of the Female Urethra. Surg., Gyn and Obstetr., Nr. 5.

Kolischer, Successful Treatment of Chronic Gonorrhoeal Endometritis. Ebenda.

Bartlett, Simplified Technique for Supravaginal Hysterectomy. Ebenda.

Ferguson, Simple Hysterectomy in Simple Cases. Ebenda.

Dukeman, Hysterectomy of a Five Month Gravide Uterus for Carcinoma Uteri-Recovery. New York Med. Journ., Nr. 18.

Kermauner, Das sogenannte Dekubitusgeschwür beim Prolaps. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., H. 5.

Brenner, Ein Fall von beginnendem Chorioepithelioma malignum mit frischer, kleiner Metastase in der Scheide. Ebenda.

Bossi, Der schneckenförmige Uterus. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 20.

Schücking, Die rektale Instillation mit Natriumsaccharat-Kochsalzlösungen. Ebenda.

Rudolph, Die Federcurette zur Vermeidung der Perforatio uteri. Ebenda.

Albrecht, Über das Karzinosarkom des Uterus. Frankfurter Zeitschr. f. Pathologie, Bd. II, H. 1.

Albrecht, Zur Kritik der neuen Lehre von der Endometritis. Ebenda.

Howitz, Observations sur la diagnose du cancer utérin et de la syphilis tardive de l'utérus. Nord. Med. Arkiv, 1907, H. 4.

Geburtshilfe.

Fiori, Di alcune ricerche per stabilire l'età della gravidanza. L'Arte Ostetr., Nr. 8.

Meyer, Resultate der Nabelabklemmung. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 19.

Valdagni, Tre casi di taglio cesareo, metodo Bar. Vicarelli. La Clinica Ostetr., Nr. 8.

Bumm, Zur Indikationsstellung bei der Pubotomie. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 19.

Cukor, Zur Kritik der Extraktion nach A. Mueller. Ebenda.

Sellheim, Das Auge des Geburtshelfers. Münchener med. Wochenschr., Nr. 18.

Schottelius, Diabetes mellitus in graviditate als Indikation zur Unterbrechung der Schwangerschaft. Ebenda.

Piltz, Lysolvergiftung durch Uterusspülung. Ebenda.

Calderini, Su di alcune emorragie ostetriche. Lucina, Nr. 5.

Peitzsch, Über Placenta praevia. Inaug.-Diss., Bonn, März 1908.

Leo, Statistische Untersuchungen über Fieber im Wochenbett. Inaug.-Diss., Jena, Jänner 1908.

Jüsgen, Über den Einfluß des Frühaufstehens der Wöchnerinnen auf die Milchsekretion. Inaug.-Diss., Freiburg i. B., April 1908.
Kettner, Zur Diätetik des Wochenbettes. Ebenda.
Bienemann, Dammschutz und Dammrisse. Ebenda.
Molitor, Über Häufigkeit und Prognose des engen Beckens. Ebenda.
Kimura, Über die Behandlung der Nachgeburtsperiode. Inaug.-Diss., München, April 1908.
Kosinsky, Eklampsiefälle der kgl. Universitäts-Frauenklinik München 1884—1907. Ebenda.
Schuster, Zwei Fälle von Atresia uteri intra partum. Ebenda.
Bonnaire et Jeannin, De l'emploi du callargol dans le traitement des infections puerpérales. L'Obstétrique, Nr. 2.
Chirié, Les capsules surrénales dans l'éclampsie puerpérale et la néphrite gravidique. Ebenda.
Marquis, Décalcification gravidique prolongée. Ebenda.
Williamson and Holland, A Case of Intra-uterine Death of the Foetus Occurring in Six Consecutive Pregnancies: with Observations upon the Importance of the Examination of the Foetal Tissues for Spirochaeta Pallida. The Journ. of Obstetr. and Gyn. of the Brit. Emp., Nr. 5.
Das, Three Cases of Caesarean Hysterectomy for Stenosis of the Vagina. Ebenda.
Norris and Mitchell, Primary Ovarian Pregnancy. Surg., Gyn. and Obstetr., Nr. 5.
Davis, Syncytioma or Chorioepithelioma of the Placenta. Ebenda.
Reynolds, The Caesarian Section from the Standpoint of a Personal Experience. Ebenda.
Freund, Über Wehenschwäche und ihre Bedeutung. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 20.
Crossen, The Treatment of Placenta Praevia. The Journ. of the Amer. Med. Assoc., Nr. 18.
Mason, The Treatment of Abnormal Rigidity of the Cervix Uteri by Deep Incisions. The Boston Med. and Surg. Journ., Nr. 18.
Searle, A Case of Ectopic Gestation with Unusually Early Symptoms. Brit. Med. Journ., Nr. 2472.
Schulte, Über erfolgreiche Suggestivbehandlung der Hyperemesis gravidarum. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., H. 5.
Lange, Mitteilungen über das Puerperalfieber im Regierungsbezirk Posen. Ebenda.
Sellheim, Die Entbindung durch die Uterusbauchdeckenfistel. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 20.
Ehrlich, Ein Beitrag zur Hebosteotomie. Ebenda.
Spaeth, Ein Fall von zervikalem Kaiserschnitt. Ebenda.
Henrich, Beitrag zur Geburt bei Doppelmißbildung der weiblichen Genitalien. Ebenda.
Zangemeister, Eine seltene Komplikation des Forzeps bei Vorderhauptslage. Ebenda.
Haine, Beitrag zur Nierendekapsulation bei Eklampsie. Ebenda.
Hornemann, Ein Fall von Graviditas extrauterina mit lebender, ausgetragener Frucht. Ebenda.
Fry, The Management of Labor in Minor Degrees of Pelvic Contraction. The Amer. Journ. of the Medical Sciences, Nr. 434.

Aus Grenzgebieten.

v. Brunn, Über neuere Bestrebungen zur Verbesserung und Vereinfachung der Hautdesinfektion. Münchener med. Wochenschr., Nr. 17.
Gallant, The Kidney in Pregnancy. Internat. Journ. of Surg., Nr. 21.
Grouven, Über den Nachweis der Spirochaeta pallida bei kongenitaler Syphilis. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 18.
Welch, Phlebothrombosis. Bull. of the Lying in Hosp. of the City of New York, Nr. 3.
Markoc, A Report on Two Cases of Pyelonephritis Complicating Pregnancy. Ebenda.
Lichtenstein, Zur Kenntnis der akuten Magenlähmung mit sekundärem Duodenalverschluß. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 19.
Gigli, Erwiderung auf die Bemerkungen des Prof. E. Pestalozza. Ebenda.
Weißwange, Nierenabszeß nach Gonorrhoe, Nephrotomie, Heilung. Münchener med. Wochenschrift, Nr. 18.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: Dr. Oskar Frankl.

Herausgeber, Eigentümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

// GYNAEKOLOGISCHE RUNDSCHAU.

ZENTRALORGAN
FÜR
GEBURTSHILFE UND FRAUENKRANKHEITEN.

II. Jahrg. 1908. 14. Heft.

Original-Artikel.

Aus der königl. Landes-Hebammenschule in Stuttgart.

Die Walchersche oder die Bummsche Hebosteotomie?

Zwei grundsätzlich verschiedene „subkutane Stichmethoden".

Von Dr. **Walter Pfeilsticker**, Frauenarzt.

Ob der Döderleinschen Methode oder der sog. „subkutanen Stichmethode" der Vorzug gebühre, darüber sind die Ansichten noch ebenso geteilt als darüber, ob die Hebosteotomie dem praktischen Arzte für das Privathaus überlassen werden dürfe oder nicht. So zahlreich die Anhänger der subkutanen Stichmethode sind, so zahlreich sind auch die Klagen, die über die Methode laut wurden, welche einerseits schon bei manchen sie in Mißkredit gebracht haben, andrerseits viele davon abhielten, sie überhaupt zu erproben.

Ganz mit Unrecht wird von einer „subkutanen Stichmethode" schlechtweg gesprochen und damit auch Stichmethoden in Mitleidenschaft gezogen, denen diese Vorwürfe nicht gebühren, und wo es sehr zu bedauern wäre, wenn auch sie für die Praxis verloren gingen. Es ist durchaus notwendig, bei der großen Verschiedenheit der subkutanen Stichmethoden auch den Namen des Autors bei der Besprechung derselben grundsätzlich mitzunennen. In den meisten Fällen ist dies allerdings geschehen und es hat fast den Anschein, als ob es überhaupt nur eine Stichmethode und nur eine Bummsche Stichmethode gäbe. Der Zweck dieser Zeilen ist, zu verhindern, daß unter „subkutaner Stichmethode" kurzweg „Bummsche Stichmethode" verstanden werde, was historisch falsch und wissenschaftlich unberechtigt wäre.

Bekanntlich wurde die Bummsche Methode zum ersten Male von Stöckel in Nr. 3 des Zentralbl. f. Gyn. vom Jahrgang 1906 und in Nr. 32 desselben Jahrgangs von Bumm veröffentlicht, während Walcher schon 1905 in Nr. 36 desselben Blattes seine „vollkommen subkutan ausgeführte Pubiotomie" der Öffentlichkeit übergab. Die Bummsche Hebosteotomie ähnelt zwar im großen ganzen der Walcherschen; aber da, wo sie von ihr abweicht, hat sie keine Verbesserung gebracht, sondern das Gegenteil.

Die drei Punkte, in denen sich die Bummsche Methode von der Walcherschen unterscheidet und die keine glückliche Modifikation darstellen, sind:

1. Die Spitze der Nadel von Bumm ist spitz, der von Walcher abgerundet.

2. Der Einstich erfolgt nach Bumm zwischen kleinem und großem Labium; nach Walcher auf der Außenseite des großen Labiums.

3. Die Durchsägungsstelle liegt bei der Bummschen Hebosteotomie näher der Symphyse zu und dadurch innerhalb der Anheftungsstellen

der Scheide an den Schambeinen und in der Nähe des Ligamentum pubovesicale; bei der Walcherschen mehr von der Symphyse entfernt und dadurch außerhalb der genannten Punkte.

Was den ersten Punkt betrifft, so greife ich zwei Sätze aus Krömers Arbeiten heraus. Der eine im Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 41 lautet: „Die Sägeverletzungen entstehen bei dem Herumführen des Sägeführers, dessen Spitze die Blasenwand durchsetzt und die Säge durch die Blase leitet usw.“ Der zweite Satz, in den Beiträgen zur Geburtsh. u. Gyn., 1907, XII, pag. 265, heißt: „Die Blase kann bei dem Lateralschnitt und der folgenden Entbindung verletzt werden: *a)* Durch den Sägeführer, namentlich bei der subkutanen Stichmethode (Sägeverletzung).“ Bei welcher?

Dieses Vorkommnis ist gewiß leichter möglich, wenn die Spitze der Nadel eine scharfe Spitze ist, wie es bei dem Bummschen Instrumente der Fall ist, als wenn dieselbe abgerundet ist wie bei der Walcherschen Nadel. Diese Sätze sind zu allgemein gefaßt und treffen für die Walchersche Methode nicht zu. Fehling bläst ins gleiche Horn, wenn er in seinem schönen Buche „Operative Geburtshilfe der Praxis und Klinik“, pag. 125, sagt: „Ob man bei der Pubiotomie besser einen kleinen Hautschnitt anlegt (Döderlein) oder sie ganz subkutan nach Bumm-Walcher ausführt, läßt sich heute noch nicht endgültig bestimmen. Bedenklich ist für die letztere Methode die verhältnismäßig große Zahl der Blasenverletzungen, 17·6% Blasenverletzungen auf 85 Fälle usw.“ Von diesen 17·6% Blasenverletzungen ist keine einzige als durch die Walchersche Technik resp. Walchersche Pubiotomienadel entstanden nachgewiesen. Jedoch wäre es ungerecht, alle bei der Bummschen Methode entstandenen Blasenverletzungen allein dem Bummschen Instrumente zur Last zu legen. Viele, wenn nicht die meisten dieser Blasenverletzungen, werden auch bei der Bummschen Hebosteotomie einer anderen Ursache ihre Entstehung verdanken, wie weiter unten gezeigt werden soll. Außerdem hat eine scharfe Spitze den Nachteil, daß sie viel leichter an den Unebenheiten und Knochenleisten der hinteren Schambeinfläche hängen bleibt, während eine runde Spitze sich an diesen Rauhigkeiten nicht verfangen kann, sondern über sie hinweggleitet. Sie läßt sich also glatter hinter dem Schambein hinaufführen.

Der zweite Punkt ist meines Erachtens einmal ein aseptischer Fehler und zum anderen bedingt er Punkt 3. Diese Einstichstelle zwischen kleinem und großem Labium ist von vornherein viel schwerer zu desinfizieren als die Haut des großen Labiums und im Verlaufe des Wochenbetts ist sie weit mehr Verunreinigungen durch die Lochien ausgesetzt. Vielleicht sind zum großen Teile eben diesem Umstande die Fälle schwerer Infektion nach der Bummschen Stichmethode zur Last zu legen. Ein Satz über Hammerschlags Fall lautet: „Urininfiltration, Sepsis, Exitus letalis 14 Stunden post partum“ (Krömer). Eine Infektion der Stichwunde ist bei der Walcherschen Technik eher zu vermeiden.

Was Punkt 3 anlangt, so verweise ich auf den Walcherschen Artikel im Zentralblatt f. Gyn., 1907, Nr. 30: „Zur Technik der Hebosteotomie“.

Zur Illustration sei der Satz aus Krömers Aufsatz angeführt (Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 41): „Trotz der Leichtigkeit der Zangenextraktion ist das Vaginalrohr von der rechtseitigen Muttermundinzision bis ins Vestibulum aufgeplatzt. Hier endet der Riß paraurethral und läßt in der Tiefe die klaffenden Knochenfragmente des durchsägten Os pubis sehen.“ Je weiter lateralwärts wir den Sägeschnitt führen, um so eher werden wir so hochgradige Scheidenzerreißungen vermeiden, da

der Schnitt außerhalb der Anheftungsstellen der Scheide fällt. Aber nicht allein Scheidenzerreißungen, sondern auch Blasenverletzungen werden wir durch die mehr laterale Sägeführung leichter umgehen. Durch das Auseinanderweichen des nahe der Symphyse liegenden Sägeschnittes wird das Ligamentum pubovesicale, das den untersten Teil der Blase an der Symphyse befestigt, zerrissen und damit auch die Blase selbst. Die meisten Weichteilzerreißungen dürften jedoch bei der Hebosteotomie dadurch entstehen, daß bei der Extraktion des Kindes die Weichteile zwischen Kopf und den scharfen Knochenrändern des Sägeschnittes durchgequetscht werden. Dies kann jedoch bei jeglicher Art von Hebosteotomie vorkommen und kann selbstverständlich nicht der Stichmethode als solcher zur Last gelegt werden.

Ein weiterer Vorteil des mehr lateralen Sägeschnittes ist der, daß das Crus clitoridis entweder überhaupt aus dem Bereich der Knochenlücke fällt oder wenigstens nur an seiner Wurzel einreißt, wo eine Blutung geringer sein wird, als in seinem stärksten kavernösen Abschnitt. Tandlers frommer Wunsch, dem er im Zentralbl. f. Gyn., 1906, Nr. 3, in so zarter Form Ausdruck verleiht, dürfte hiermit erfüllt sein.

Eine offene Durchtrennung des Crus clitoridis nach vorheriger Unterbindung desselben nach Tandlers Vorschlag halten wir ebenso für unnötig wie das Abschieben der Weichteile vom Knochen mittelst Raspatorium, wenn wir die Walchersche Nadel benutzen. Mit ihrer flachen, abgerundeten Spitze vermag man leicht zwischen unterer Schambeinkante und Klitorisschenkel einzudringen, ja selbst subperiostal die Nadel in die Höhe zu führen, wie ich dies wiederholt beim Leichenversuch gesehen habe (siehe meinen Aufsatz im Zentralbl. f. Gyn., 1905, Nr. 48). Voraussetzung ist, daß die Walchersche Nadel am Beginne des Einstechens so an der unteren Schambeinkante vorbeigeführt wird, daß die Fläche der Spitze parallel der Schambeinkante liegt; erst jenseits der Kante wird die Spitze gedreht, der Griff gesenkt, so daß sie mit ihrer konkaven Seite nach oben sieht (siehe Walcher: „Vollkommen subkutan ausgeführte Pubiotomie“, Zentralbl. f. Gyn., 1905, Nr. 36. Hier muß es pag. 1102, Zeile 2 von unten heißen „Konkavität“ anstatt „Konvexität“).

Die Aufregung Tandlers im Zentralbl. f. Gyn., 1906, Nr. 3, sein Autorenruhm könnte ihm durch unseren Aufsatz geschmälert werden, war höchst überflüssig. Sein theoretischer Vorschlag, Periost samt dem anhaftenden Schwellkörper mit Raspatorium abzuschieben und das Crus clitoridis scharf zu durchtrennen, hat mit der von uns geübten Praxis der subkutanen Hebosteotomie gar nichts zu tun. Daß es dabei möglich ist, mit der Nadel zwischen Crus clitoridis und Schambein subperiostal hindurch zu kommen, ist gewiß nicht Tandlers Verdienst.

Ich will noch erwähnen, daß mit dem Walcherschen Instrument und der Walcherschen Technik bei uns in Württemberg schon mehrmals die Hebosteotomie im Privathause von praktischen Ärzten mit bestem Erfolge ausgeführt worden ist.

Die Nachteile, die der subkutanen Stichmethode zur Last gelegt werden, kommen also nicht der Methode als solcher zu, sondern es kommt in erster Linie darauf an, was für ein Instrument benutzt und nach welcher subkutanen Stichmethode operiert wird. Nach dem oben Gesagten glaube ich mit Recht behaupten zu dürfen, daß der Bummschen Nadel und der Bummschen Technik Mängel anhaften, welche dem Walcherschen Instrumente und der Walcherschen Technik nicht zukommen.

Es gibt nicht nur **die** subkutane Stichmethode, sondern die **Walchersche** und die **Bummsche**.

Aus der Klinik von Dr. L. Fraenkel in Breslau.

Über ventrifixierende Methoden bei Verlagerung der Beckenorgane.

Von **Richard Weber.**

Unter Ventrifixur verstehen wir die Befestigung eines Organes an den Bauchdecken. Diese Definition hat im Sprachgebrauch die Beschränkung gefunden, daß man das Wort und die Technik zumeist auf die Befestigung der Gebärmutter anwendet. Allerdings sind Fixuren, griechisch Pexien, auch sonst ausgeführt worden, wie Gastro-Hepato-Nephropexie, ferner Coli-Recti-Ovarifixur etc. Doch sind alle diese Organe meist nur an der betreffenden Stelle, wo sie hingehörten, oder in der Nähe fixiert worden und nicht an die sämtlichen Schichten der vorderen Bauchwand.

Ich gedenke mich im wesentlichen mit der Ventrifixura uteri zu beschäftigen, habe aber absichtlich den Titel so weit gewählt, weil ich in dem bedeutend kürzeren II. und III. Teile die Ventrifixura vaginae behandeln bzw. einen Fall von (indirekter) Ventrifixura recti mitteilen möchte.

Im I. Teile meiner Arbeit gebe ich eine historische technische und kritische Studie der Ventrifixura uteri in bezug auf ihre Leistungen an sich und im Vergleich zu anderen Maßnahmen der Retroversio-flexio uteri und dem Prolaps gegenüber.

Was die erstere Indikation betrifft, so soll hier die Frage nicht erörtert werden, ob die bisher so genannten Retroflexionssymptome wirklich der Lageabweichung zuzuschreiben sind. Mit der Mehrzahl der Autoren sehen wir uns in einer großen Anzahl von Fällen veranlaßt, die Retrodeviation des Uterus zu korrigieren. Es stehen also nur solche Behandlungsmethoden hier zur Besprechung, welche dies anstreben.

Wo es irgendwie angängig ist, werden wir in unkomplizierten Fällen und besonders dann, wenn Scheu vor einer Operation besteht, versuchen, auf friedlichem Wege den Uterus in Normallage zu bringen. Die orthopädische Behandlung durch Pessare ist prinzipiell vorzuziehen, weil sie keinerlei bleibende Fixation oder Bewegungsverhinderung schafft und wir jederzeit in der Lage sind, sie wieder auszuschalten. Es gelingt in einer Anzahl geeigneter Fälle sicherlich, die Haltebänder der Gebärmutter so zu stärken, daß sie imstande sind, die aufgerichtete Gebärmutter dauernd in der Normalstellung festzuhalten. Andrerseits erfordert die Pessarbehandlung viel Zeit, Sachkenntnis und Erfahrung und stellt große Anforderungen an die Geduld des Arztes und der Patientin. Ferner führt die Pessartherapie zu Dekubitalgeschwüren und Katarrhen, und endlich ist nicht zu unterschätzen die Erschwerung der Kohabitation und bei Virgines die meist notwendige Defloration. Schließlich werden oft äußere Umstände eine möglichst schnelle und sicher zum Ziele führende Therapie nötig machen, wenn es sich z. B. um Frauen aus der arbeitenden Klasse oder weither gereiste handelt, die zu Hause keine entsprechende Nachbehandlung finden können.

Sind die orthopädischen Behandlungsmittel erschöpft oder kontraindiziert, dann bleibt nur die operative Lagekorrektur übrig. Bevor ich auf die Besprechung der in Frage kommenden Verfahren eingehe, möchte ich eine schematische Übersicht bisher ausgeführter operativer Lagekorrekturen voranschicken, die für das Autorenverzeichnis Vollständigkeit nicht beansprucht.

I. Ligamentverkürzung.

1. Ligamenta rotunda: *a)* Inguinale: Alquié, Alexander-Adam.
b) Abdominale: Doléris, Beck, Bardescu, Bode, Wylie, Menge.
c) Vaginale: Wertheim, Bode.
2. Ligamenta sacro-uterina: Sänger, Frommel. Freund.

II. Hysteropexis.

1. Ventrifixur: *a)* Abdominale: Olshausen, Czerny-Leopold, Czempin, Bumm-Liepmann, L. Fraenkel.
b) Vaginale: Gebhard.
2. Vaginifixur: Zweifel-Schücking, Dührssen-Mackenrodt, Freund, Schauta-Wertheim bzw. Vesicifixur.
3. Promontorifixur: Küstner.

III. Hysterektomie.

1. Totale: Fritsch.
2. Partielle: *a)* Collum allein — Kaltenbach.
b) Corpus allein — Jacobs.

Einige Erläuterungen mögen dieses Schema ergänzen:

Unter den blutigen Maßnahmen haben wir im wesentlichen zwischen Ligamentverkürzungen und Hysteropexien zu unterscheiden, während die Hysterektomien eine Sonderstellung einnehmen. Was die ersteren betrifft, so handelt es sich vorzugsweise um eine Verkürzung der Ligamenta rotunda, wie sie zuerst von Alquié bzw. Alexander und Adam gemacht wurde, wobei vom Leistenkanal aus die Bänder aufgesucht werden.

Von der Vagina aus erreichte dasselbe Wertheim; er legte von der vorderen Scheidenwandwunde aus die Ligamenta in eine Schlinge, deren Schenkel er miteinander vernähte und wieder in der Bauchhöhle versenkte. Bode umsticht das Band einmal nahe am Uterus mit einem Seidenfaden, den er knotet, dann ein zweites Mal entfernt von ihm und bindet diese Stelle auf die erste fest.

Derselbe Gedanke, durch Schlingenbildung die Ligamente zu kürzen und damit den Uterus nach vorn zu ziehen, liegt den Methoden Doléris, Beck, Bardescu zugrunde; nur gehen diese Autoren abdominell vor und nähen die Schlinge an den Bauchdecken fest. Andere, wie Bode, Wylie, Menge[1]), vernähen die Schlinge mit der vorderen Uteruswand, Menge mit dieser noch die vorderen Blätter der Ligamenta lata; ähnlich verfährt Dudley.

Durch Verkürzung der Douglasschen Falten suchten Sänger, Frommel, Freund, den Uterus nach vorn zu zwingen; diese Methoden sind heute veraltet.

Dasselbe gilt von Zweifels und Schückings Vorschlägen, welche die Vorläufer zu den heute noch geübten Methoden der Vaginifixur des Uterus waren. Um die Ausbildung der letzteren haben sich besonders Dührssen und Mackenrodt verdient gemacht. Nach Eröffnung der Vagina und der Plica vesico-uterina wird der Uterus auf die vordere Vaginalwand genäht. In neuerer Zeit wird wegen der inzwischen mitgeteilten Geburtsstörungen nur der untere Teil des Uteruskörpers unter isoliertem Verschluß der Plica vesico-uterina vaginifixiert (sog. tiefe Vaginifixur).

Mackenrodt vernähte später einen Teil der hinteren Blasenwand mit dem Fundus uteri, macht also eine Vesicifixura uteri, um so zu verhindern, daß durch die Dis-

lokation der Blase zu weit nach oben oder gar auf die hintere Uteruswand lästige Blasenstörungen entstehen.

Nach dem Vorgange von Freund, der besonders bei Prolaps den umgestülpten Uterus vollständig infravaginal einnähte und am Fundus uteri bei noch menstruationsfähigen Frauen einen neuen Muttermund macht, haben sich Schauta und Wertheim damit begnügt, das Corpus uteri in das Septum vesico-vaginale zum Teil zu versenken, zum Teil in offener Verbindung mit dem Scheidenlumen zu lassen.

Bei genügender Flexibilität zwischen Korpus und Zervix hat Küstner die Zervix in der Höhe des Promontoriums an der hinteren Beckenwand fixiert.

Auf die Methoden, welche den Uterus oder Teile desselben exstirpieren, komme ich im II. Teile zu sprechen.

Damit habe ich die übrigen operativen Korrekturen der Uterusverlagerung im wesentlichen erschöpft und komme jetzt zu denjenigen wichtigen Methoden, welche das Thema meiner Arbeit bilden, den ventrifixierenden.

Das Verdienst, die Ventrifixura uteri ad hoc in Vorschlag gebracht und praktisch durchgeführt zu haben, gebührt Olshausen[2]), und mit seiner Methode soll die Besprechung beginnen. In dem betreffenden Aufsatze beschreibt Olshausen folgendermaßen die Operation:

„Nach Eröffnung der Bauchhöhle und Freilegung des Fundus uteri wird derselbe in die Höhe gezogen und seine Beweglichkeit geprüft. Sodann werden diejenigen Punkte der Bauchdecken, an welchen die Fixation stattfinden soll, ausgewählt. Sie haben stets ihre Lage einige Zentimeter jederseits des Bauchschnittes, oberhalb der Symphysis oss. pub. näher dieser letzteren als dem Nabel. Bei Retroversio-flexio wird in der Regel eine der Symph. oss. pub. mehr genäherte Gegend zu erwählen sein, bei Prolaps im allgemeinen eine höher liegende.

Vor Ausführung der Naht ist sodann die Lage der A. epigastrica inferior zu eruieren, was bei dem oberflächlichen Verlauf des Gefäßes unmittelbar unter dem Peritoneum keine Schwierigkeiten hat.

Der tastende Finger findet leicht ihre Pulsation und bei schlaffen, nach außen umlegbaren Bauchdecken wird ihr ganzer Verlauf dem Auge sichtbar. Unter Vermeidung des Gefäßes wird nun jedes Uterushorn durch mehrere Nähte an die Bauchdecken fixiert. Eine krumme Nadel wird unmittelbar neben dem Uterus um das Ligamentum rotundum geführt und sodann tief durch die Muskulatur der Bauchdecken und auf der Peritonealseite derselben wieder herausgeleitet. Dies geschieht jederseits mit zwei oder drei Suturen, welche dann fest geknüpft werden, und so zwar nicht den Uterus selbst, aber die ihm benachbartesten Teile der Ligamenta rotunda und lata an die Bauchdecken fixieren.“ Als Nahtmaterial empfiehlt Olshausen Silkwormgut, weil es leicht einheilt und unresorbierbar ist.

Die ausführliche Wiedergabe der ersten Publikation der Olshausenschen Methode ist deshalb notwendig, weil sie, wie unten gezeigt werden wird, mehrfach mißverstanden worden ist und zu Irrtümern geführt hat; diese haben allerdings das Gute gestiftet, daß sie die Operateure veranlaßten, nicht bei dem Olshausenschen Verfahren stehen zu bleiben, sondern die Technik der Ventrifixura uteri weiter zu bilden.

Wesentlich anders gestaltete sich das Verfahren von Leopold[3]) bzw. Czerny[4]), mit dessen Methode die Leopoldsche die größte Ähnlichkeit hat und daher kurzweg die Czerny-Leopoldsche genannt wird. Leopold erscheint die Aufhängung des aus seinen Verwachsungen gelösten, hyperämischen und daher meist ungewöhnlichen schweren Uterus vermittelst der Ligamenta rotunda unzweckmäßig. Die dünnen Bänder

müßten durch den fortwährenden Zug der frei schwebenden Gebärmutter sehr rasch an ihrer Elastizität Einbuße erleiden und sich immer mehr und mehr ausdehnen. Darum befestigt er den Gebärmutterkörper selber „als den schwersten und am meisten ziehenden Teil" und glaubt so eine Wiederloslösung sicher vermeiden zu können.

Czerny führt mit einer starken Nadel ein oder zwei Sublimatcatgutfäden quer durch die vordere Uteruswand nahe seiner Kuppel und legt die beiden Fadenenden beiderseits durch Peritoneum und Faszie im Bereich der Bauchwunde, meistens nahe am unteren Mundwinkel. Dann wird der Faden kurz geschnitten und versenkt. Darauf erfolgt Bauchnaht mit tiefen und oberflächlichen Seidennähten.

Bei Leopold fassen ein bis drei tiefumgreifende Bauchdeckennähte den Grund der Gebärmutter selber und ziehen ihn an den inneren Bauchdeckenwundrand dicht heran. Die erste Naht dringt ungefähr $1/2$—1 *cm* vor der Tubeneinmündungsstelle, die zweite zwischen ihr und die dritte $1/2$—1 *cm* hinter ihr quer unter der Serosa des Uterus hin durch die obersten Muskellager ungefähr 2—3 *mm* tief und zieht, nachdem der untere Wundwinkel geschlossen ist, den Gebärmuttergrund dicht an die Bauchwunde heran, wobei vermieden werden muß, daß von oben und von der Seite her sich Netz- oder Darmschlingen zwischendrängen. Dann erfolgt Schluß des oberen Wundwinkels und Anlage eines Gazeverbandes. Die drei Befestigungsnähte werden nach ca. 2 Wochen, die Bauchdeckennähte etwas früher entfernt.

L. Fraenkel(12) übte viele Jahre hindurch die Methode Czerny-Leopold, und zwar anfangs mittelst durchgreifender und oberflächlicher Nähte. Hierbei wurden postoperative Hernien häufig beobachtet. Nach Einführung der Etagennaht werden die beiden ventrifixierenden Fäden durch den Uterus und die ganze Dicke der Bauchwand im unteren Wundwinkel jederseits gelegt, aber noch nicht geknüpft, vielmehr jetzt erst die Drei- bis Vieretagennaht der gesamten Bauchwunde vorgenommen. So sollte erreicht werden, daß die Schichtnaht korrekt durchgeführt werden konnte. Hierbei hätte die nachträgliche Knüpfung der Uterusfäden theoretisch wenigstens die Einklemmung eines Baucheingeweides zur Folge haben können. Als faktischer Nachteil wurde festgestellt, daß trotz der Etagennaht immer noch eine Anzahl Hernien später zur Beobachtung kam auch bei völlig aseptischem Verlauf und bester prima intentio, während dieselben bei allen anderen ebenso günstig verlaufenden Bauchoperationen seit Einführung der Schichtnaht völlig fehlten.

Es zeigte sich, daß diese Hernien immer dicht oberhalb der Stelle herauskamen, welcher der Uterus anlag. Man ist demnach berechtigt zu behaupten, daß die Fixierung des Uterus durch alle Schichten der Bauchwand die sorgfältigste Adaptierung und Heilung der einzelnen Schichten hindern kann. Aus diesem Übelstande entwickelte sich das „subanguläre" (der Name stammt von Küstner) Verfahren, d. h. die Einnähung des Uterus unterhalb des unteren Schnittwinkels, aber immer noch nach Czerny-Leopold und mit unresorbierbarem Material, weil die beiden einzigen nach Ventrifixur beobachteten Rezidive nach Catgutfixation entstanden waren. Diese zweifellos wesentlichen Verbesserungen konnten noch nicht definitiv befriedigen, nachdem wie andere auch wir die Erfahrung machen mußten, daß die Fixation des Fundus uteri zu Geburtsstörungen führte.*) (5)

So kam L. Fraenkel dazu, die Fixierung des Uterus nach Czerny-Leopold aufzugeben und die Olshausensche Methode mit der subangulären Methode zu ver-

*) Cf. Literaturverzeichnis. Außer diesem nicht ganz reinen Fall von Ventrifixurgeburt beobachteten wir einen zweiten, über den weiter unten berichtet werden soll.

binden in der Weise, wie ich es im folgenden mitteile: „Kurzer longitudinaler Schnitt in der Linea alba oberhalb der Haargrenze, bei Prolaps entsprechend höher. Nach Eröffnung der freien Bauchhöhle werden jederseits mit einem Zwirnfaden die Abgangsstellen der Ligamenta rotunda unter Mitfassen der entsprechenden Uterusecke umstochen. Dann wird zunächst auf der einen Seite das eine freie Fadenende mit der Nadel etwa $1^1/_2$—2 *cm* seitlich unten vom unteren Schnittwinkel von der Innenseite der vorderen Bauchwand durch alle Bauchschichten nach außen durchgeführt. Nachdem dies geschehen, wird das andere freie Fadenende mit der Nadel armiert und auf dieselbe Art zirka 1 *cm* lateral und unten von der ersten Einstichöffnung durch alle Bauchschichten hindurchgeführt. Die so auf der äußeren Bauchwand frei liegenden Fadenenden werden so angezogen, daß der Uterus gut der Bauchwand unterhalb des Wundwinkels anliegt, und dann über einem oder zwei Gazeröllchen geknüpft. Genau in derselben Weise wird auf der anderen Seite verfahren. Darauf wird die Bauchwunde durch sorgfältige Vieretagennaht geschlossen. Die Gazeröllchen haben den Vorteil, daß dabei ein Einschneiden der Fäden und Drücken des Fadenknotens vermieden wird. Die Fixationsfäden werden nach zirka 14 Tagen entfernt, die Bauchfäden gewöhnlich etwas früher.

Um den doppelten Stichkanal auf jeder Seite einfach zu gestalten und das zweite Einfädeln zu ersparen, wurde erwogen, ob man nicht den Faden mit beiden Enden in eine Nadel gefädelt führen könnte. Der Versuch wurde gemacht; die theoretischen Bedenken, die dem Vorschlage entgegenstanden, daß statt 3 Fixationspunkten jetzt auf jeder Seite nur 2 jede Uterusecke festhielten und daß die schräge, nach außen divergierende Zugrichtung der Fäden Einschneiden und Erweiterung des Stichkanals herbeiführen müßte, hatten praktisch ihre Bestätigung gefunden. Das betreffende Röllchen war erheblich lockerer befestigt als das korrespondierende, der Stichkanal war etwas dadurch erweitert, daß die Fäden eingeschnitten hatten. Auch konnte man schon daraus, daß das Röllchen auf dieser Seite eine geringere Delle in der Bauchdecke hinterließ, ersehen, daß die Befestigung eine losere war."

Wie oben bereits angedeutet, ist Olshausens Operation mehrfach insofern falsch aufgefaßt worden, als eine Anzahl Operateure die die Uterushörner fassenden Fixationsnähte durch die Wundlefzen in der Nähe der Medianlinie legte. Auf die dann entstehenden Folgen machte mit Recht Liepmann (6) aufmerksam, indem er hervorhebt, daß der Abstand der beiden Fixationspunkte die unnötige Spannung der an die Bauchwand angenähten Partie die Ligamente auslöst und der Uterusfundus sattelförmig zusammengepreßt wird. Darum legt er die beiden Fixationspunkte jederseits ein wenig lateral von der Medianlinie und vermeidet so das seitliche Zusammenpressen des Uterusfundus, was vielfach zu Geburtsstörungen führte, und gestaltet somit die Zugrichtung mehr geradlinig. Dann modifizierte er seinen Vorschlag noch insofern, als er das Bauchfell und die Faszie durchlochte und die Bänder in diesen künstlich geschaffenen „inneren Leistenring" zieht, um eine größere Berührungsfläche zwischen dem peritonealen Überzuge der Ligamente und dem parietalen Peritoneum herzustellen, womit er eine festere Fixation zu erzielen und das Eintreten von Rezidiven zu vermeiden glaubt. Als Fixationsfäden verwendet er Seide und knüpft die Fäden auf der Faszie.

Gegen Liepmann wendet sich Olshausen(7) mit dem Vorwurfe, daß er seine 1886 publizierte Methode verkehrt beschrieben und abgebildet habe. Von Anfang an sei von ihm stets so operiert worden, wie es Liepmann vorgeschlagen habe. Seit seiner ersten Veröffentlichung ist die Methode von ihm und seinem Schüler Koblanck noch mehrfach verbessert worden, und seit zirka 8—10 Jahren übt er sie folgendermaßen:

„Nach Eröffnung der Bauchhöhle legt er durch einige Messerzüge die über dem Musculus rectus gelegene Faszie jederseits des Leibschnittes in ihrem der Symph. os. pub. zunächst gelegenen Teile bloß, indem die Bauchdecken inklusive Panniculus adiposus von der Faszie getrennt werden. Sodann wird eine mit dickem Silkwormfaden versehene Nadel von der Oberfläche der bloßgelegten Faszie her etwa 2 *cm* auswärts vom Wundrande nach der Bauchhöhle durchgestochen. Die Sutur wird dann um den Ansatz des Ligamentum rotundum ein wenig von der Muskulatur des Cornu uteri mitfassend herumgeführt. Auf demselben Wege, wie die Sutur die Bauchdecken durchbohrt hatte, wird sie dann in einigen Zentimetern Abstand vom Einstichkanal wieder vom Peritoneum zur Oberfläche der Faszie zurückgeführt und auf dieser geknotet, so daß der Knoten auf der Faszie liegt. Bevor man den Knoten zuzieht, überzeugt man sich, daß die Uterusecke den Bauchdecken dicht anliegt, knotet den Silkwormfaden dreimal und schneidet ihn kurz ab. Auf die ganz gleiche Weise wird sodann die Sutur der anderen Seite angelegt. Zu erwähnen ist noch, daß man vor Durchführung jeder Sutur das Peritoneum und die Faszie der betreffenden Seite mit einer angesetzten Klemme nach dem Wundrande zuzieht, sonst läuft man Gefahr, daß bei der Bauchnaht die genannten Gebilde nicht ohne Zerrung in die Mittellinie zu bringen sind, was der prima intentio verderblich werden könnte."

Olshausen hat in dieser Weise mehrere hundert Fälle mit gutem Erfolge operiert. Die einzige Möglichkeit eines Rezidivs erblickt er nur darin, daß der Silkwormfaden, wenn er bei der Knotung zu fest angezogen wird, die Faszie durchschneidet und dann natürlich dem fixierten Ligamentum rotundum keinen Halt mehr gibt. Daß bei eintretender Schwangerschaft das Hinaufsteigen des Uterus behindert worden sei, habe er niemals beobachtet. Desgleichen verneint er, daß nach dieser Fixationsart jemals Abort eingetreten sei.

Außer diesen wichtigen Ventrifixurmethoden gibt es noch eine Anzahl vom theoretischen Standpunkte bemerkenswerter Operationen, die aber heute nur noch ein historisches Interesse beanspruchen können. Czempin (8) operiert, ohne das Peritoneum zu eröffnen, indem er den Hautschnitt bis auf die Faszie führt und diese noch durchtrennt. Die Rekti werden stumpf auseinandergezogen und unterhalb derselben wird das Peritoneum stumpf von den Bauchdecken abgelöst. Nachdem von der Haut aus durch den rechten Wundrand zwei Seidenfäden hindurchgeführt sind, wird der Uterus, den man von Peritoneum bedeckt, „wie durch einen Schleier" durchschimmern sieht, mit einer eigens dazu konstruierten Sonde in die Bauchwunde gedrängt und die bereits durch den einen Hautwundrand gelegten Seidenfäden werden nach Czerny-Leopold direkt durch den Fundus mit mehrmaligem Ein- und Ausstich durch Peritoneum parietale und Uterus geführt, letzteren zirka $1/2$ *cm* tief fassend. Nun läßt der Assistent den Uterus zurückfallen und in gleicher Weise werden die Seidenfäden durch den linken Wundrand von innen nach außen durchgeführt. Die Fixationsfäden werden angezogen und in eine Klemme gelegt. Die Faszie wird mit fortlaufender, die Bauchhaut mit Knopfcatgutnaht geschlossen. Dann werden die Uterusfixationsfäden quer über der Wunde auf Jodoformgazeröllchen geknotet. Die Gazeröllchen werden am 2. Tage, die Seidenfäden am 14. entfernt.

Die bisher besprochenen Methoden hatten den Bauchschnitt gemeinsam. Auf vaginalem Wege den retroflektierten Uterus an der vorderen Bauchwand oberhalb der Blase zu ventrifixieren, hat Gebhard (9) versucht. Er zieht die Portio mit Haken herab, ein halbkreisförmiger Schnitt trennt den Ansatz des vorderen Scheidengewölbes von der Portio, stumpfes Zurückschieben der Blase, bis die Plica vesico-uterina sicht-

bar wird, welche breit nach links und rechts eröffnet wird. Dann Einführen des linken Zeige- und Mittelfingers in die Bauchhöhle, um festzustellen, wie weit die Blase an der vorderen Bauchwand emporreicht. Etwa 1—2 *cm* oberhalb dieser Stelle werden auf der äußeren Bauchhaut unter Kontrolle der in der Bauchhöhle tuschierenden Finger zwei kleine, seichte Inzisionen (Impfschnitte) in longitudinaler Richtung, je 2 *cm* rechts und links von der Linea alba durch die Epidermis geführt. Die Finger der linken Hand werden aus der Bauchhöhle zurückgezogen, der Uterus mit Kugelzangen bis zum Fundus aus der Vaginalwunde hervorgewälzt. Die Ansatzstellen der Ligamenta rotunda werden unter Mitfassen von Uterusmuskulatur jederseits mit einem starken langen Catgutfaden umstochen und dann wird der Uterus in die Bauchhöhle zurückgeschoben. Ein voluminöser, mittelst Kornzange hoch in die Bauchhöhle hinaufgeführter Gazebausch soll verhindern, daß Netz und Darmschlingen beim weiteren Manipulieren sich in das Operationsgebiet drängen. Die beiden freien Enden des linken Catgutfadens werden durch das Öhr einer schwach gekrümmten, gestielten Lanzettnadel gezogen, zwei in die Bauchhöhle wieder eingeführte Finger der linken Hand stellen die Stelle fest, die dem linken Impfschnitt entspricht, und konstatieren, daß zwischen den palpierenden Fingern nichts anderes als die Bauchdecken liegen. Unter Leitung der inneren Finger führt der Operateur die gestielte Nadel durch die Bauchdecken hindurch, der Assistent sorgt von außen durch Verschiebung der Haut dafür, daß die Nadel an der Stelle zum Austritt gelangt, wo die kleinen Einschnitte sich befinden. Dann wird auf der rechten Seite in derselben Weise verfahren, und die beiden Fäden werden über einer kleinen Gazerolle geknüpft. Dann erfolgt Heftpflasterschutzverband, und zum Schluß wird die Plica vesico-uterina und die Vaginalschleimhaut vernäht.

Ich komme jetzt zur Kritik der operativen Lagekorrekturen des Uterus. Die Alexander-Adamssche Operation wird nur in einer beschränkten Anzahl von Fällen Anwendung finden können. Nur einem freibeweglichen, durch entzündliche Prozesse in der Nachbarschaft nicht fixierten Uterus gegenüber ist sie am Platze, und dies mit Sicherheit auszuschließen wird nicht immer leicht sein. Die orthopädischen Primärresultate sind beim Alexander-Adams insofern fast ideal, als der Uterus eine Lage erhält, welche der von Schultze geforderten Normalstellung am meisten entspricht, wiewohl zu bemerken ist, daß die mehr oder minder großen Abweichungen, wie sie durch andere operative Verfahren erzielt werden, auch nicht zu größeren Nachteilen zu führen brauchen. Nicht besonders hoch ist der Vorteil zu bewerten, daß wir beim Alexander-Adams von der Eröffnung der Bauchhöhle absehen können. Auch ohne diese kann eine Infektion eintreten, wie schon mehrfach mitgeteilt worden ist. Andrerseits soll der zur Heilung einer unkomplizierten Retroflexio entnommene Bauchschnitt bei gut funktionierendem aseptischen Apparat keine größere Gefahr bergen als jede andere Operation.

Die Nachteile bestehen darin, daß die Bändchen mitunter viel zu schwach sind, um ein oft so widerstrebendes und schweres Organ wie den Uterus unter allen Umständen dauernd in der Anteflexionslage zu erhalten. Wenn auch manche Autoren ganz gute Resultate erzielen, so findet man andrerseits in der Hand erfahrenster Operateure (15, 10) 20% Rezidive und mehr, was der Dignität einer ad hoc ausgeführten lagekorrigierenden Operation nicht entspricht. Auf die Fälle berechnet, welche inzwischen einen Partus durchmachten, wird die Zahl der Rezidive sicherlich viel größer. Das ist kein Wunder, da die quantitativ schwankende puerperale Involution eines Bändchens, das in der Schwangerschaft über das Dreifache verlängert wird, im

Vergleich zu der Länge des bei der Operation exstirpierten Stückchens ganz willkürlich neue Verhältnisse schafft.

Auf die technisch größeren Schwierigkeiten, welche durch das Aufsuchen der runden Bänder entstehen können, gehe ich nicht ein, weil die größere oder geringere Leichtigkeit der Ausführung zweier Operationen nicht definitiv in ihrer Wertschätzung entscheidet. (An der Klinik von L. Fraenkel ist die Auffindung der Ligamenta rotunda stets und schnell gelungen.) Besteht aber irgend eine Kontraindikation gegen länger dauernde Narkose, Abkühlung etc., so wird man, das sei hier vorweggenommen, die 15 Minuten dauernde Ventrifixur des Uterus vorziehen.

Wesentlich kürzer kann ich die Kritik der übrigen ligamentverkürzenden Verfahren fassen. Im Prinzip sind sie dem Alexander-Adam ähnlich. Diejenigen, welche in einfacher Schlingenbildung bestehen, wie Wertheim, Bode, scheinen theoretisch wenigstens dem Alexander-Adamschen Verfahren unterlegen zu sein. Die Schlinge setzt wohl eine Verkürzung, und dadurch wird der Uterus nach vorn gezogen; die Aufgabe aber, ihn in der gewünschten Lage festzuhalten, hat nach wie vor der im Leistenkanal verbleibende erheblich schwächere Teil der Ligamenta rotunda.

Einen etwas höheren Grad von Sicherheit scheint mir Menges, Bodes und ähnliche Verfahren zu besitzen, da hierbei die Schlingen an dem Uterus, zum Teil an den Ligament. lat. befestigt sind. Am meisten Bürgschaft noch werden wohl die Methoden gewähren, welche die gekürzten Ligamente an den Bauchdecken befestigen. Diese Verfahren dauern aber meines Erachtens mindestens ebenso lange wie die Ventrifixura uteri, wenn nicht länger, und ihre Leistungsfähigkeit kann durch nachträgliche Schlingenlösung in Frage gestellt werden. Alle diese Verfahren haben sich gegenüber der klassischen, inguinalen Ligamentverkürzung Alexander-Adams nirgends größerer Beliebtheit erfreuen können. Sie sind zum Teil kompliziert, erfordern eine spezielle technische Einübung und meist erheblichen Zeitaufwand.

Eine andere Möglichkeit, den Uterus in Anteflexion festzulegen, besteht in der vaginalen Fixation. Sie wird dann zu bevorzugen sein, wenn gleichzeitig Damm-, Scheiden- und Zervixoperationen vorzunehmen oder die Bauchdecken sehr fett sind. Doch ist ihr Anwendungsgebiet beschränkt. Sie fällt ganz aus bei noch gebärfähigen Frauen wegen der schweren Geburtsstörungen, die sie macht. Diese sind selbst dann noch vorhanden, wenn die Fixation des Uterus nur in seinem unteren Teile vorgenommen wird, abgesehen davon, daß bei der tiefen Befestigung die Rezidivgefahr eine zu große ist. Bis dahin ist allgemein besonders von den Erfindern des Verfahrens angenommen worden, daß die tiefe Vaginifixur vor Geburtsstörungen schütze. Das ist aber nicht der Fall, wie unter anderem folgende Krankengeschichte aus der Klinik von L. Fraenkel lehrt:

Prv. Journal Nr. 10.704, 17.907. Frau Emma F., 27 Jahre alt, war früher stets gesund, hat vor zwei Jahren einen Partus durchgemacht. Es bestand Vorderhauptslage, Entbindung erfolgte mit der Zange. Seither unterzog sie sich einer Pessartherapie wegen Retroflexio uteri III. Grades. Wegen Fluor und Blutungen wurde am 28. November 1904 Curettement und Vaginifixur des Uterus in typischer Weise nach Mackenrodt nahe oberhalb des inneren Muttermundes gemacht. Glatter Verlauf. Seitdem besteht volles Wohlbefinden. Die Menses sind regulär, letzte Periode war am 5. September 1906.

Am 13. April 1907 wird bei Schwangerschaft von 31—32 Wochen, Querlage und sehr hoch stehende Zervix konstatiert. Am 16. Juni 1907 beginnen die Wehen, drei Stunden später wird Querlage festgestellt, enormer Hängebauch, Muttermund mit zwei Fingern nicht zu erreichen. Der Fötalpuls ist gut. Neun Stunden darauf erfolgt der Blasensprung. Der Muttermund ist erst mit der ganzen Hand hoch oberhalb des Promontoriums zu erreichen. Seine

vordere Zirkumferenz ist scharf gespannt, dahinter fühlt man den Kopf. In Narkose wird sofort der Fuß ergriffen, sodann die sehr schwierige Umdrehung des Kindes gemacht. Die Extraktion ist leicht. Das Kind schreit alsbald. Der Uterus ist hochgradig anteflektiert; es besteht Einziehung in der Gegend des inneren Muttermundes. Dagegen ist der Fundus uteri frei allseitig zu umgreifen. Der Verlauf ist glatt. Neun Wochen später findet sich noch immer sehr starker Spitz- und Hängebauch, die Portio ist zerklüftet, der Uterus ist hochgradig retroponiert, scharf anteflektiert. Frau F. erfreut sich des vollsten Wohlbefindens.

Die hohe Vaginifixur ist eine gute antefixierende Methode bei Retroflexio uteri im klimakterischen Alter und ferner bei Frauen, bei welchen Geburten ausgeschlossen sind. Bei bestehendem Prolaps dagegen halten wir die Vaginifixur für eine zu wenig elevierende Profixur.

In Konkurrenz mit der Ventrifixur ist bei Prolaps die Schauta-Wertheimsche Operation getreten. Wir möchten sie wegen der unnatürlichen Lagerung des Uterus im Septum vesico-vaginale für wenig empfehlenswert halten. Die Bedenken, die gegen die Vaginifixur in noch gebärfähigem Alter sprechen, sind die gleichen bei dem Verfahren Schauta-Wertheim, aber in noch viel höherem Grade, es sei denn, daß zugleich die Sterilisierung vorgenommen wird. Wir halten jedoch die Sterilisierung lediglich wegen eines Prolapses im allgemeinen für nicht genügend indiziert; dazu ist das Leiden nicht schwer genug. Auch kann man nie wissen, ob nicht einmal den Beteiligten die nicht wieder gut zu machende Funktionsaufhebung sehr leid tut. Nur jenseits der Klimax käme die Schauta-Wertheimsche Operation an Stelle der Ventrifixur in Frage. Bei beiden müßten noch scheidenverengernde Operationen hinzugefügt werden. Die Dauerresultate sind dann ziemlich die gleichen, und welches Verfahren vorzuziehen ist, wird sich wohl jedesmal im Einzelfalle ergeben.

Auf die Kritik der Totalexstirpation bei Prolaps komme ich im zweiten Hauptteil zu sprechen.

Es bleibt jetzt noch übrig, die einzelnen Methoden der Ventrifixura uteri untereinander bezüglich ihrer Vorzüge und Nachteile zu betrachten. Olshausen behauptet in seiner letzten Publikation, daß er mehrere hundert Fälle mit gutem Erfolge operiert und nie ein Rezidiv beobachtet habe. Daß das orthopädische Resultat ein gutes sein würde, konnte man a priori annehmen, da Olshausen die Cornua uteri mitfaßt und somit eine größere Festigkeit erzielt. Würde er sich mit der Umstechung der Ligamenta rotunda allein begnügen, was nach der ersten Publikation von 1886 der Fall zu sein scheint, so käme die Operation im Prinzip dem Alexander-Adam nahe und dadurch würde die Rezidivgefahr vergrößert werden.

An einem Präparate ist Olshausen (11) in der Lage zu zeigen, wie trefflich seine Methode ist. Dasselbe stammt von einer Wöchnerin, die am 16. Tage des Puerperiums an Embolie der Pulmonalis zugrunde ging. An demselben sieht man, wie durch die Schwangerschaft die infolge der Operation entstandenen Verwachsungen sich ausdehnten, so daß die Gravidität nicht gestört wurde und der Uterus doch post partum in der normalen Lage verblieb.

Ein gleiches kann man nicht von der Methode Czerny-Leopold behaupten, wonach nicht selten erhebliche Störungen in der Schwangerschaft vorkommen. Olshausen (13) zitiert einen von Gottschalk im Zentralblatt für Gynaekologie, 1891 publizierten Fall. Die Kranke abortierte 14 Monate nach einer nach Leopold-Czerny ausgeführten Ventrifixura uteri im zweiten Monat der Schwangerschaft. Bei der Ausräumung gewahrte man einen auffallenden Unterschied in der Dicke der vorderen und hinteren Wand. Die ganze hintere Gebärmutterwand war einschließlich des Fundus

dünn ausgezogen, während die vordere Wand aufwärts bis zu der Stelle, wo sie an der Bauchwand festgewachsen war, normal, ja übernormal dick war. Diesen auffallenden Unterschied erklärt sich Gottschalk so, daß die vordere Wand durch die Adhäsionen gehemmt, mit dem Wachstum des Eies nicht gleichen Schritt halten konnte und nun das wachsende Ei den nötigen Raum sich dadurch verschaffte, daß es die hintere Wand und den Gebärmuttergrund ad maximum ausdehnte. Daß eine derartige ungleichmäßige Ausdehnung bei der Geburt leicht zur Ruptura uteri führen kann, ist ohne weiteres einleuchtend.

Olshausen(13) veröffentlicht einen Fall ähnlicher Art, wobei nach einer anderwärts gemachten Ventrifixur nach Czerny-Leopold im 4. Monat der Schwangerschaft der Abort drohte und durch Überdehnung der hinteren Wand erhebliche Geburtsstörungen folgten.

Aus der Klinik von L. Fränkel bin ich in der Lage, einen weiteren Fall mitzuteilen, wobei wiederum die ungleichmäßige Ausdehnung der Uteruswände auffallend war.

„Prv. Journal Nr. 51.305. Frau Thekla H., 39 Jahre alt, war früher stets gesund gewesen. Vor 10 Jahren wurde Ventrifixura uteri nach Czerny-Leopold gemacht. Der Verlauf war glatt. Vor 9 Jahren hat sie einen dritten, gut verlaufenen Partus durchgemacht. Letzte Regel war am 20. Jänner 1905. Am 29. Oktober 1905 beginnen die Wehen. Die Hebamme findet keine Öffnung. Der Kopf steht beweglich über dem Becken. Unterhalb des Nabels ist eine 5 *cm* lange, feine Laparotomiennarbe. Es besteht sehr starker Spitzbauch. Vordere Uteruswand ist bis zu dem ziemlich tiefstehenden Fundus breit fixiert. Der höchste Punkt des Uterus gehört der enorm überdehnten hinteren Wand an. Der äußere Muttermund ist nur mühsam mit der halben Hand zu erreichen. An den inneren Muttermund kann man überhaupt nicht herangelangen. Patientin wird zur eventuellen Sectio caesarea in die Klinik geschafft. Doch gelingt es in tiefer Narkose, Hand und Arm allmählich in die Uterushöhle einzuführen und zu wenden. Es erfolgt die schwierige Extraktion eines frisch toten Mädchens von 4250 *g*. Die Plazenta, an der hinteren Wand adhärent, wird durch Credéschen Handgriff mühsam herausbefördert. Der weitere Verlauf ist glatt. Bei der Entlassung nach 14 Tagen steht der Uterus noch handbreit über der Symphyse."

In diesem Falle ist interessant, daß erst die zweite Geburt nach der Operation die typischen Ventrifixurstörungen aufwies.

Daß derartige Geburtsstörungen nach der Methode Czerny-Leopold leicht erfolgen, erscheint uns selbstverständlich, wenn wir gelegentlich die Narbenmassen nach einer solchen Ventrifixur zu Gesichte bekommen. Dies soll durch folgende, ebenfalls aus L. Fraenkels Klinik stammende Krankengeschichte illustriert werden:

Anna L., 27 Jahre alt, Dienstmädchen, hatte ihre ersten Menses mit 18 Jahren. Vor 5 Jahren ein Partus ohne Besonderheiten. Seit $^1/_2$ Jahre klagt Pat. über Blutungen; hat deshalb in verschiedenen Krankenhäusern Curettements, Ätzungen, endlich eine Ventrifixura uteri nach Czerny-Leopold durchgemacht. Der Verlauf nach letzterer war glatt. Trotzdem tritt die Menstruation alle 14 Tage ein; ist sehr stark, dauert bis $3^1/_2$ Wochen. Es bestehen Schmerzen im Hypogastrium. Pat. wünscht dringende Wiederherstellung ihrer Arbeitsfähigkeit und wird deshalb von ihrem Arzte zur Totalexstirpation des Uterus überwiesen.

Bei der kräftigen Person wurden die inneren Organe gesund, der Uterus groß, dick, knollig befunden. Er ist an der vorderen Bauchwand breit befestigt. Man sieht eine ca. 10 *cm* lange, stark pigmentierte Laparotomienarbe. Es bestehen erhebliche Blutungen. Nach Laminariadilatation und Austastung der Höhle wird diese leer, an ihrer vorderen Wand treppenförmige, etwas diffuse, quergestellte Verdickungen (Ventrifixurnarbe?) gefunden. Curettement. (Mikroskopisch wird interstitielle Entzündung mit herdweiser Anhäufung festgestellt.) Atmokausis 118° 40".

Die Blutung hält in beträchtlicher Stärke an, daher wird 6 Wochen später in Äthernarkose am 9. März 1907 vaginale Hysterektomie gemacht. Alle anderen Akte sehr typisch, doch leidet die Eventeration des sehr großen Corpus uteri ganz außerordentliche Schwierigkeiten, weil eine ca. zeigefingergliedlange und starke, äußerst harte Narbenmasse von der vorderen Funduswand nach der Beckenwand zieht, deren Durchtrennung nur teilweise unter Leitung des Auges scharf mit der Schere vorgenommen werden muß. Dauer der Operation ca. 50 Minuten. Verlauf fast reaktionslos. Das Präparat zeigt einen metritischen, in allen Maßen vergrößerten Uterus. Mikroskopisch: Sehr ausgedehnte hyaline Gefäßdegeneration in der Muskularis. Das Lumen ist normal, die Schleimhaut sehr zellreich.

Seegert (14) hat aus der Literatur eine Anzahl Fälle zusammengestellt, bei denen der Kaiserschnitt nach Ventrifixur wegen schwerer Geburtsstörungen gemacht worden ist, und hat dabei gefunden, daß in keinem dieser Fälle „bilateral nach Olshausen“ ventrifixiert wurde, sondern immer nach einer Methode, welche den Uterus mehr oder weniger breit mit den Bauchdecken zur Verwachsung bringt.

Derartige schlimme Folgezustände brauchen allerdings nach Olshausen auch nach breitester Fixierung des Corpus uteri nicht immer einzutreten, so wenig wie die nach Kaiserschnitt in früherer Zeit öfters beobachtete Verklebung des Uterus mit der Bauchwand immer den normalen Ablauf der Schwangerschaft hinderte. Trotzdem sind die Gefahren nach einer breiten Fixierung viel größer als bei der von ihm geübten Methode.

Küstner ist auf Grund des Literaturstudiums und eigener Erfahrung zu der berechtigten Schlußfolgerung gekommen: „Ob Störungen bei einer späteren Schwangerschaft nach Ventrifixura uteri auftreten oder nicht, hängt ganz und gar von der Breite und Festigkeit der Ventrifixur ab, vielleicht auch von der Stelle, an welcher das Korpus fixiert wird.“

Grundsätzlich zu verwerfen ist deshalb die Methode Czerny-Leopold nicht. Nur wird sie in ihrer Anwendungsfähigkeit sich auf die Fälle jenseits des klimakterischen Alters beschränken müssen. Eine etwaige Metritis wird man häufiger nach der Czerny-Leopoldschen Methode auftreten sehen, weil hierbei die Fäden das Myometrium in viel größerer Ausdehnung durchziehen und reizen und die Fixation eine breitere ist. Wesentlich kürzer kann ich mich mit der Kritik der übrigen Verfahren befassen. Was zunächst die Methode Czempin betrifft, so wird sie wohl kaum jemals eine große Anwendung gefunden haben. Sie besitzt die Nachteile der Czerny-Leopoldschen Operation, weil sie wie diese das Corpus uteri fixiert. Dann entbehrt sie, wie Küstner (15) und Gebhard (16) richtig bemerken, gerade des Hauptvorteils, daß das Peritoneum eröffnet wird, was uns gestattet, eine genaue Revision der Beckenorgane vorzunehmen.

Aus dem letzteren Grunde ist auch die Methode Gebhard zu verwerfen, abgesehen davon, daß dieselbe technisch ziemlich schwierig ist.

Was das Verfahren Liepmann betrifft, so haben wir oben bereits angedeutet, daß dasselbe außer dem Schlitz im Peritoneum, „dem künstlichen Leistenring“, eigentlich nichts neues bringt und nur vom Autor irrtümlich wegen der falschen Auffassung der Olshausenschen Operation als Neuerung angesehen worden ist.

Als eine Modifikation der Olshausenschen Methode kann man die L. Fraenkels auffassen, und zwar scheint sie mir eine weitere Verbesserung derselben darzustellen. Was sie gemeinsam mit Olshausen hat, ist die Art der Befestigung am Uterus, insofern sind bei ihr Geburtsstörungen ebenso ausgeschlossen wie bei jener. Als Vorteile ihr gegenüber hebe ich folgende hervor: Während Olshausen die Bauchdecken samt

dem Panniculus adiposus von der Faszie trennt, um auf letzterer die ventrifixierenden Fäden zu knüpfen, hat Fraenkel dies nicht nötig, da er die Nadel durch alle Schichten führt, wodurch erheblich an Zeit gespart und technisch die Operation erleichtert wird. Olshausen gibt zu, daß theoretisch eine Rezidivgefahr möglich sei, wenn der auf der Faszie geknüpfte Faden diese durchschnitte, das ist nach der Fraenkelschen Methode unmöglich.

Einen weiteren Vorteil erblicke ich darin, daß mit unresorbierbarem Material fixiert wird, welches nicht versenkt, sondern nach eingetretener Verwachsung der Cornua uteri entfernt wird. Das dauernde Liegenlassen von Nahtmaterial bringt in bezug auf die Sicherheit der Befestigung keinen Vorteil, bezüglich der Fremdkörperreizung, Stechen der Fadenenden, eventuelles Herauseitern dagegen unter Umständen Nachteile. Endlich sehe ich den Hauptvorteil darin, daß der Uterus „subangulär" befestigt wird. Dadurch dürften ohne Störungen bei der Wundheilung Hernien nicht mehr vorkommen. Ist man wegen des kosmetischen Faktors noch im Zweifel, so läßt sich die Methode auch sehr gut mit dem Küstnerschen oder Pfannenstielschen Wundschnitt verbinden. Gerade hiernach fanden wir die normalste Stellung des Uterus, da jede unnatürliche Streckung und Elevation fehlte.

Wir sehen, daß die Ventrifixura uteri in dieser Form die wenigsten Kontraindikationen und Rezidive aufzuweisen hat, also für die Mehrzahl der Fälle vorzuziehen ist. Sie ist kurz und dauernd, technisch leicht, erfolgreicher, paßt für alle Fälle, ist übersichtlich auch bei Komplikationen (Adhäsion etc.) und bei der jetzigen Ausführung ohne wesentliche Nachteile. Die als einziger Nachteil gelegentlich ihr vorgeworfene Folgemetritis ist fast niemals besonders störend empfunden worden. Oft war der Uterus schon vorher stark vergrößert, wurde durch die Lagekorrektur kleiner.

II. Teil.

Ventrifixura vaginae.

Es handelt sich um einen theoretischen Vorschlag, der praktisch noch nicht erprobt, aber vor über Jahresfrist ersonnen wurde zur Heilung von zwei hintereinander beobachteten Fällen:

Beiden Frauen der arbeitenden Klasse (Poliklinik. J. Nr. 3688, 4020) war in einem hiesigen Krankenhause wegen Prolaps der Uterus exstirpiert und eine scheidenverengernde Plastik hinzugefügt worden. Kurze Zeit danach kamen beide Frauen in unsere Poliklinik in folgendem Zustande: Es hing aus der Vulva zwischen den Beinen ein faustgroßer Prolaps, bestehend aus der total invertierten, mächtig gedehnten Vagina mit querer Narbe, auf der Spitze des Prolapses, entsprechend dem Fornix; dieser gefüllt mit Darmschlingen. Beide Frauen erklärten sich für arbeitsunfähig. In dem einen Falle fielen alle Pessare heraus, in dem anderen konnte nur ein Kugelpessar den Prolaps zurückhalten.

Wie hätte hier dauernd Heilung geschaffen werden können? Meines Erachtens nie und nimmer durch eine wie immer geartete Operation mit nochmaliger unnatürlicher Dammerhöhung. Was einmal sich ereignete, hätte voraussichtlich wieder eintreten müssen. Der Druck der Baucheingeweide hätte die Scheide wieder gedehnt, invertiert und aus dem Becken wieder herausgetrieben.

In solchen Fällen hätte unseres Erachtens nur eine Ventrifixur des Fornix vaginae an der vorderen Bauchwand oberhalb des Blasenfundus eine dauernde Korrektur herbeiführen können, dies heißt an einer Stelle,

die stark genug ist, um die Last der Vagina zu tragen und dem intraabdominellen Druck, der auf der letzteren lastet, zu widerstehen.

Beiden Frauen wurde die Operation, die wir uns theoretisch nicht schwer denken, dringend vorgeschlagen. Beide lehnten sie leider ab, weil sie nach der ersten Erfahrung den Prolaps für unheilbar hielten.

Die Ventrifixura vaginae scheint mir indiziert in Fällen von Scheidenprolaps mit Enterokele, bei (weit) durch Operation fehlendem Uterus. Es wäre ferner zu erwägen, ob diese Operation nicht auch angezeigt sei bei vorhandenem Uterus und gleichzeitigem größeren Scheidenprolaps mit Enterokele, eventuell ob sie nicht mit der Ventrifixura uteri gemeinsam auszuführen sei.

Einen ähnlichen Gedanken hat v. Franqué (17) (mitgeteilt von Sitzenfrey) ausgeführt, indem er das hintere Scheidengewölbe an das Peritoneum der hinteren Beckenwand befestigte, gleichzeitig mit der Ventrifixura uteri. Bei fehlendem Uterus scheint uns die Fixation der Vagina am Peritoneum für ungenügend.

Wir würden der Ventrifixura vaginae durch alle Schichten der Bauchwand in derselben Weise wie bei unserer Methode der Ventrifixura uteri mit unresorbierbarem Material und subangulär den Vorzug geben.

Die Indikation zu dieser Operation würde sicherlich eine seltene sein, wenn nicht die Exstirpation des Uterus so viele Anhänger hätte. Wir halten die letztere für denkbar irrationell und mangelhaft indiziert. Ein verlagertes Organ exstirpiert man nicht ohne dringendste Not, sondern bringt es besser in seine Lage zurück. Der Gebärmuttervorfall ist ferner häufig genug nicht eine Krankheit per se, sondern ein Symptom, nämlich dafür, daß das Diaphragma pelvis und der Beckenboden dem Druck der Baucheingeweide nicht widerstehen können. Dadurch wird zunächst der Uterus durch die Scheide herausgetrieben, hinter ihm her aber die übrigen Baucheingeweide. Nimmt man den Uterus weg, so wird an der Situation gar nichts geändert. Erst die scheidenverengernde Operation geht ätiologisch richtig vor, sie stärkt den Beckenboden. Genügt jedoch diese Verstärkung nicht, so kann sich das alte Bild, wie die beiden Fälle und viele andere lehren, genau so oder noch viel schlimmer herstellen wie vorher. Man hat nur unterdessen die Frau um ihre Gebärmutter gebracht, welche primär an dem Vorfall gar nicht schuld ist.

III. Teil.

Beitrag zur Ventrifixur des Mastdarmes.

Gelegentlich wird der Gynaekologe in die Lage kommen, bei Vorfall der Genitalorgane oder anderen Affektionen einen Rektumprolaps mitbehandeln zu müssen. Die Chirurgen verfügen heute über eine ganze Reihe von guten Behandlungsmitteln dem Rektalprolaps gegenüber. Hervorheben möchte ich die Resektionsmethode nach von Mikulicz (18) und die Fixuren des Rektums (nach Verneuil, Marchand, Gerhard, König (19) und des S romanum (nach Jeannel, v. Eiselsberg (20), alles gute Methoden, mit denen man in der Mehrzahl der Fälle wohl auskommen wird. Hier möchte ich einen Fall von Annähung des Rektums an der ventrifixierten Gebärmutter mitteilen, da man in geeigneten Fällen ganz gut von der Methode Gebrauch machen kann, besonders dann, wenn eine Laparotomie aus anderen Gründen ausgeführt werden muß. Folgender Fall wurde in der Klinik von Dr. L. Fraenkel beobachtet:

Frau G., Doktorswitwe, Private, J.-N. 329, 1907, 55 Jahre alt, hat zwei Entbindungen, zuletzt vor 32 Jahren, durchgemacht. Klimax seit $1^1/_2$ Jahren. Früher stets gesund, hat sie

jetzt eine Geschwulst im rechten Hypogastrium bemerkt, ferner daß sie seit einigen Wochen abmagere. Sodann fällt beim Stuhlgang oder auch sonst bei Anstrengungen sehr oft eine Geschwulst aus dem After heraus. Patientin bittet auch um Mitbeseitigung dieses Leidens.

Die sonst gesunde Frau preßt auf Aufforderung in kauernder Stellung einen kindskopfgroßen, hochroten Mastdarmprolaps, nämlich das ganze invertierte Rektum heraus. Es besteht außerdem ein linkseitiger, zweifaustgroßer, beweglicher Ovarialtumor.

Am 18. Juli 1907 wird die Zyste per laparotomiam entfernt, sodann der Uterus hoch ventrifixiert und nunmehr die vordere Wand des oberen Teiles des Rektums und des unteren Teiles der Flexura sigmoidea mittelst feiner Zwirnnähte an die hintere Uteruswand befestigt. Diese Knopfnähte, sechs an der Zahl, durchgreifen zum Teil die Taenia libera, zum Teil die Appendices epiploicae. Sodann erfolgt exakte Schichtennaht der Bauchwunde. Verlauf vollständig fieberfrei, durch eine am 6. Tage plötzlich einsetzende Lungenembolie kompliziert. Nach schöner prima intentio wird Patientin entlassen und hat bis heute, zirka ein Jahr nach der Operation, keinerlei Beschwerden, speziell keine Spur von Mastdarmprolaps mehr verspürt.

Küstner (15) empfiehlt im Anschlusse an die Uterusfixation, die Flexur oder das Rektum an das Peritoneum der linken Beckeneingangshälfte anzunähen.

In der einschlägigen gynaekologischen Literatur habe ich keinen Vorschlag gefunden, der an L. Fraenkels Verfahren erinnert. Nur Bardenheuer (21) hat etwas Ähnliches gemacht bei einem 17jährigen infantilen Mädchen, welches an einem vorderen und hinteren Scheidenvorfall, kongenital retrovertiertem kleinem Uterus und noch an einem zweifaustgroßen Rektumprolaps litt. Die einzelnen Akte der Bardenheuerschen Operation waren nun folgende: „Mediane Laparotomie. Typische Vesiko-Ventrofixation des Uterus. Reposition des Darmprolapses. Da der Douglas noch sehr tief ist, wird er durch Vernähung des vorderen Blattes mit dem hinteren ausgeschaltet. Es wird ferner dann die Flexura sigmoidea in Form einer Schleife nach der Seite hin quer vor das Kreuzbein gelagert derart, daß der abführende Schenkel parallel der Linea innominata dextra hinter Uterus und Adnexen vorbei zur linken Bauchwand geleitet wird. Dann erfolgt Vernähung des zuführenden Schenkels mit Periost und Peritoneum des Kreuzbeins, der rechten Synchondrose und der rechten Beckenwand, des abführenden Schenkels mit dem hinteren Blatt der Ligamenta lata und hinterem Peritoneum des Uterus und linker Beckenwand. Jetzt ist der Douglas ausgeschaltet. Um Einklemmungen zwischen zu- und abführendem Schenkel zu verhüten, werden Nähte zwischen diese Schenkel gelegt, welche die Appendices epiploicae fassen. Darauf Etagennaht der Bauchdecken.

Ein Universalmittel soll unser Verfahren nicht sein, schon aus dem Grunde nicht, weil es nur bei nicht gebärfähigen Frauen in Frage kommt. Aber in dem einen oder anderen Falle wird man sich der einfachen Methode wohl mit Vorteil bedienen und auf einige Festigkeit der Fixation und infolgedessen auch auf Sicherheit im Erfolg rechnen können. Der an der vorderen Bauchwand fixierte Uterus gibt einen genügend zuverlässigen Unterbau (Strebepfeiler) ab, um auf ihm Rektum und S romanum aufzuhängen. Kann man gewöhnlich auch schwerlich diese Organe soweit dislozieren, um sie direkt in der Medianlinie ventrifixieren zu können, so haben wir uns in diesem Falle überzeugt, daß man sie bequem und ohne große Spannung der hinteren Gebärmutterwand aufnähen kann.

Der Dauererfolg freilich ist durch diesen einen Fall schon darum nicht bewiesen, weil der Ovarialtumor an der Ätiologie des Mastdarmprolapses mitbeteiligt gewesen sein kann. Immerhin fordert der Fall auf, das Verfahren bei gegebener Gelegenheit wieder zu versuchen.

Zum Schlusse dieser Arbeit ist es mir eine angenehme Pflicht, Herrn Privatdozenten Dr. Ludwig Fraenkel für seine gütige Anregung zur Behandlung des Themas und seine liebenswürdige Unterstützung bei der Anfertigung der Arbeit meinen ergebensten Dank auszusprechen.

Literatur-Verzeichnis. 1. Menge: Zentralbl. f. Gyn., 1904, Nr. 21. — 2. Olshausen: Zentralbl. f. Gyn., 1886, Nr. 43. — 3. Leopold: Volkmannsche Sammlung klinischer Vorträge, 1889. — 4. Czerny: Beiträge zur klinischen Chirurgie, IV, 1. Tübingen 1888. — 5. Sieber: Deutsche Ärztezeitung, 1900, Nr. 21. — 6. Liepmann: Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 6. — 7. Olshausen: Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 41. — 8. Czempin: Zentralbl. f. Gyn., XIX, Nr. 18. — 9. Gebhard: Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., XLV, 1901. — 10. Andersch: Arch. f. Gyn., LXV, H. 2. — 11. Olshausen: Zentralbl. f. Gyn., XXIV, Nr. 34. — 12. L. Fraenkel: Verhandl. d. X. Kongresses d. Deutschen Gesellsch. f. Gyn., Würzburg 1904. — 13. Olshausen: Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., XXXII. — 14. Seegert: zitiert nach Handb. d. Gyn., herausgegeben von Veit, I, von Küstner, 1907, II. Aufl. — 15. Küstner, Handb. d. Gyn., herausgegeben von Veit, I, von Küstner, 1907, II. Aufl. — 16. Gebhard: Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., 1901, XLV. — 17. Sitzenfrey: Hornkrebs des Gangsystems der Bartolinischen Drüse. Zugleich ein Beitrag zur Genese der Prolapse. Zeitschr. f. Geburtshilfe u. Gyn., 1906, LVIII. — 18. v. Mikulicz: zitiert nach Handb. d. prakt. Chirurgie, v. Bergmann, v. Bruns, 1907, III, V. Aufl. — 19. Verneuil, Marchand, Gerhard, König: ibid., zit. — 20. Jeannel, v. Eiselsberg: ibid., zit. — 21. Sonnenschein. Zentralbl. f. Chir., 1902, Nr. 44.

Hebammenwesen und Sozialhygiene.

Anstalts- und Hausgeburten.

Ein Beitrag zur Bekämpfung des Puerperalfiebers in der geburtshilflichen Praxis in Österreich.

Von Dr. **Emil Ekstein** in Teplitz.

Nach ziemlich langer Pause ist unserer Literatur wieder einmal ein Werk geschenkt worden, das in ausgiebiger Weise Licht über die sanitären Verhältnisse der Anstalts- und Hausgeburten verbreitet; es ist dies Werk „Das Kindbettfieber“ von O. v. Herff, M. Walthard und M. Wildbolz.

Auf Grund wenn auch immer noch unzulänglicher und unzuverlässiger statistischer Zahlen erfahren wir, mit welchem Erfolge unsere Geburtshilfe im Verein mit ihren Hilfswissenschaften zur Steuerung des Erkrankens und Sterbens an Kindbettfieber bislang gearbeitet haben. Was die Statistik der Anstaltsgeburten anbelangt, müssen die diesbezüglichen Erfolge als glänzende bezeichnet werden.

O. v. Herff und seine Mitarbeiter haben alle Möglichkeiten dargelegt, die zur Verstopfung der Eingangspforten und der Quellen der Infektionserreger des Puerperalfiebers vorhanden sind, nur bewegt sich diese Darstellung zum weitaus größten Teile auf rein wissenschaftlichem, mehr theoretischem Boden. Die praktischen Verbesserungen auf dem Gebiete der Prophylaxis gerade bei den Hausgeburten werden nicht erschöpfend behandelt und manche fundamentale Verbesserung insbesonders in organisatorischer Beziehung auf dem Gebiete der Geburts- und Wochenbetthygiene wird dabei vermißt, was in einem Handbuche, einem Sammelwerke, eben nicht der Fall sein sollte.

Wenn wir bedenken, daß trotz unserer Kenntnis der Pathogenese unsere therapeutischen Möglichkeiten bei der puerperalen Infektion noch auf sehr schwankem Grunde stehen und aus diesem Grunde unser Hauptaugenmerk stets nur der Prophylaxe des Puerperalfiebers zugewendet werden muß, so ist es wohl unschwer zu verstehen, daß alle Möglichkeiten einer Verstärkung unserer Prophylaxe einer allgemeinen Anwendung und entsprechenden Realisierung wert erscheinen müssen.

Ist diese Prophylaxe auf den geburtshilflichen Kliniken und Lehranstalten heute bereits bis auf die Spitze getreten, so mangelt es eben dieser Prophylaxe bei den Hausgeburten noch an so vielem, was bei der der Anstaltsgeburten bereits einen überwundenen Standpunkt bildet.

In Rücksicht auf diese geschilderten Verhältnisse sind unsere geburtshilflichen Hochschulen die Zentralstätten, wo alle diesbezüglichen Verbesserungsvorschläge der Prophylaxe des Puerperalfiebers ihre Läuterung und Erprobung erfahren müssen; aber es liegt auch in der Natur der Sache, daß unsere geburtshilflichen Hochschulen gleichzeitig den Hausgeburten und allen Möglichkeiten der Verbesserung der ganzen Geburtshilfe der Hausgeburten in vermehrter Weise als bisher ihr Augenmerk zuwenden müssen.

Daß dies bis jetzt nicht in der gewünschten Weise geschehen, beweist das Handbuch von O. v. Herff, ferner die Tatsache, daß in dem letzten Jahrzehnte in der Geburtshilfe eine immer mehr sich steigernde aktive Richtung operativer Natur bemerkbar macht, die allem Anscheine nach den altbewährten und gerühmten Geduldfaden des Geburtshelfers gewissermaßen zu verkürzen bedroht.

In den geburtshilflichen Kliniken und Lehranstalten tauchen fort und fort neue Entbindungsmethoden auf, die auch daselbst gelehrt und geübt werden, so daß wir schon von einer geburtshilflichen Chirurgie sprechen können.

Der vaginale Kaiserschnitt, die blutige und unblutige Eröffnung der Zervix, die beckenerweiternden Operationen, die Erweiterung der Indikationsstellung für die Forzepsapplikation, die aktive Abortusbehandlung, die Rückenmarksanästhesie u. a. m. geben beredtes Zeugnis von dieser eingangs als aktiv bezeichneten geburtshilflichen Richtung.

Aber auch im Kampf gegen die Morbidität und Mortalität in puerperio an den Gebäranstalten ist man aktiver geworden, wovon der große anti- respektive aseptische Apparat, die verschiedenen Händedesinfektionsmethoden, die Methode nach Zweifel für die III. Geburtsperiode, die präventive Kollargolbehandlung u. a. m. sprechen.

Der weitaus größte Teil all der aufgezählten Verfahren und anderen Methoden ist, wie in vollster Übereinstimmung mit einer großen Reihe von Autoren behauptet werden kann, nur für Kliniken und Anstalten, also Anstaltsgeburten, nicht aber für Hausgeburten bestimmt.

Trotzdem nach Veit der geburtshilfliche Unterricht an den Kliniken und Anstalten nicht für die Schule, sondern fürs Leben bestimmt ist, so besitzen die meisten dieser Neuheiten und der Unterricht in denselben für den Praktiker lediglich nur einen literarischen Wert.

Die Bahnen, in denen die geburtshilfliche Schule aber gegenwärtig wandelt, sind mehr der Forschung zugewendet und entfernen sich auf diese Weise immer mehr von der geburtshilflichen Praxis der Hausgeburten, was um so bedauerlicher erscheint, als es eben gerade in dieser geburtshilflichen Praxis noch an so vielem fehlt, was der hohen Schule in ihrem rastlosen Forschungseifer nicht zur Kenntnis gelangt, wovon sie aber Kenntnis haben muß, um ihrer natürlichen Bestimmung Rechnung zu tragen, die dahin hinausläuft, durch ihre den praktischen Verhältnissen zugeschnittenen Lehren

und Lehrmethoden und darauf basierenden stipulierten Forschungen daselbst Wandel zu schaffen, wo eben einen endlichen Wandel zu schaffen ein langgehegtes allgemeines, bislang pium desiderium besteht.

Die Morbidität und Mortalität an Puerperalfieber ist bei den Anstaltsgeburten beinahe auf Null herabgedrückt, während dieselben bei Hausgeburten noch bedenkliche statistische Zahlen aufweisen.

Diese manifeste Rückständigkeit der Statistik der Hausgeburten hat ihre allseits bekannten Ursachen, über welche bereits vielfach auch in dieser Zeitschrift gesprochen wurde.

Die Ursachen dieser Rückständigkeit sollen hier aber nach einer anderen Seite hin betrachtet werden, wobei eben nicht die Rückständigen und Rückständigkeiten, sondern die Verantwortung, die Ingerenz und Stellungsnahme unserer geburtshilflichen Hochschulen für und zu dieser großen Frage einmal ins Treffen geführt werden soll. Ferner soll die Frage ventiliert werden, ob und inwieweit diese ganze Sanierung der Geburts- und Wochenbettshygiene der Hausgeburten auf rein akademischen Boden versetzt zu werden eine Berechtigung besitzt und ob nach Erfüllung dieser Möglichkeit auch eine Besserung in genannter Richtung zu erzielen ist.

In früheren Zeiten und auch gegenwärtig wurde, respektive wird bei der Heranbildung des Geburtshelfers an den Kliniken stets vergessen, demselben Geburtshilfe so zu lehren, wie sie in der Praxis eben ist, und dem zukünftigen praktischen Geburtshelfer die Kenntnis seiner Mission zum Bewußtsein zu bringen. Was der geburtshilfliche Praktiker bereits auf der Schule lernen sollte, das muß er in den meisten Fällen erst in seiner eigenen Praxis und unter eigener Verantwortung lernen; hinc illae lacrimae! Wie soll unter diesen Verhältnissen der praktische Geburtshelfer ein Vorkämpfer für die Sanierung der Geburts- und Wochenbettshygiene der Hausgeburten sein?

Wenn er es mit der Zeit auch auf Grund seiner oft traurigen Erfahrungen wirklich wird, wo bleibt dabei die wahre Ethik der ärztlichen Tätigkeit, wo bleibt da das Recht einer jeden Frau, einen wissenschaftlich einwandfreien Schutz bei ihrer Niederkunft in Anspruch nehmen zu können?

Hier kann das Vorgehen des Arztes nach „bestem Wissen und Gewissen“ nicht genügen, denn hier fehlt oft beim besten Wissen das streng geforderte Können, wenn auch in unverschuldeter Weise.

Ist es doch noch ein harter Kampf mit sichtbaren und unsichtbaren Feinden, in dem der praktische Geburtshelfer bei der Wahrung der Vorschriften der Geburts- und Wochenbettshygiene der Hausgeburten steht, und nur ein geschulter Kämpfer auf diesem Gebiete kann diesen Kampf mit voraussichtlichem Erfolge durchkämpfen! Dieser Kampf ist auf dem ganzen Gebiete der Anstaltsgeburten nur noch von historischer Bedeutung.

Wurde die Sanierung der Geburts- und Wochenbettshygiene als die Lösung eines großen Stückes der allgemeinen sozialen Frage bezeichnet, so tritt hierbei schon der springende Punkt des Unterschiedes der Anstalts- und Hausgeburten zutage: die geklärten sozialen Verhältnisse bei Anstaltsgeburten auf der einen Seite, die oft und besonders auf dem Lande geradezu den bescheidensten wissenschaftlichen Anforderungen Hohn sprechenden tiefstehenden sozialen Verhältnisse bei den Hausgeburten.

Die enge Verknüpfung der sozialen Frage mit der Geburtshilfe der Hausgeburten scheint unsere geburtshilflichen Hochschulen von der Teilnahme an den diesbezüglichen Bestrebungen fernzuhalten und von denselben nicht gern Kenntnis nehmen

zu lassen, und Enunziationen über diese große Frage geht man auch in den geburtshilflichen Vereinigungen, wo sich die Vertreter der Anstalts- und Hausgeburten begegnen, beinahe vollständig aus dem Wege.

Wohl ist man sich bewußt, daß zur Sanierung der Geburts- und Wochenbettshygiene der Hausgeburten nicht allein geburtshilfliches Wissen und Können erforderlich ist, sondern auch ein Arbeitsvermögen auf sozialhygienischem Gebiete. Allein die Möglichkeit einer gründlichen Unterweisung des Studierenden, ein praktischer und theoretischer Unterricht in der Sozialhygiene, fehlt bislang, desgleichen eine Lehrkanzel der Sozialhygiene, welcher eine Existenzberechtigung wohl nicht abgesprochen werden kann.

Daß sonach die Zeit eines Semesters bei den hohen Anforderungen unserer modernen Geburtshilfe für eine nur annähernd genügende Ausbildung des Geburtshelfers als nicht mehr genügend angesehen werden muß, ist wohl klar und steht diese gesetzliche Unterrichtsdauer beispielsweise zu den vier Semestern der Chirurgie in keinem Verhältnis, und dies um so weniger, als neben der Geburtshilfe die Grundbegriffe der Gynaekologie gelehrt werden müssen, beides Fächer, die einen theoretischen und praktischen Unterricht unerläßlich benötigen. Um den modernen Anforderungen der Praxis zu genügen, sind bei der bekannten Schwierigkeit gerade des geburtshilflichen Unterrichtes mindestens zwei Semester erforderlich, wovon das eine für den theoretischen, das zweite für den praktischen Unterricht in der Sozialhygiene der Geburtshilfe in Verbindung mit geburtshilflicher Poliklinik gerade ausreichen dürfte.*)

Eine solche zeitgemäße Ausbildung des praktischen Geburtshelfers wird denselben nicht mehr als Homo novus auf dem Gebiete der Hausgeburten erscheinen lassen und diesem so vorgebildeten Geburtshelfer wird man dann auch mit Berechtigung eine erfolgreiche Propagierung des Kampfes gegen das Puerperalfieber aufoktroieren können.

Die Geburtshilfe der Hausgeburten resp. die Ausbildung des praktischen Geburtshelfers ist sonach ein Stiefkind der medizinischen Alma mater geblieben und hat nichts oder nur wenig von dem gewaltigen Aufschwunge, den die Geburtshilfe als Wissenschaft genommen, erfahren.

Es kann daher nicht wundernehmen, daß die Statistik der Hausgeburten nicht eine bessere geworden ist.

Doch dieser mangelnde Aufschwung in der Ausbildung des praktischen Geburtshelfers ist nur eine Fehlerquelle dieses Mißverhältnisses. Wenn auch kein bestimmtes Zahlenverhältnis der Anstalts- zu den Hausgeburten bekannt ist, so ist es doch sicher, daß die Zahl der Hausgeburten eine weitaus größere ist als die der Anstaltsgeburten. Um so befremdender muß es da wirken, daß es eine Tatsache ist, daß gegen 95% aller Hausgeburten nicht durch Ärzte, sondern durch Hebammen geleitet werden.

Nun kommt als zweite Fehlerquelle genannten Mißverhältnisses der mittelalterliche Konservatismus in bezug auf die Ausbildung der Hebamme, die gegenüber der des Heilpersonales aller anderen medizinischen Disziplinen einen erschreckenden Tiefstand aufweist, für dessen schon Jahrhunderte währendes Fortbestehen eine logische Erklärung absolut nicht zu finden ist.

Unintelligenz wie in keinem anderen Berufe wird hier als fast ständig begleitende Eigenschaft der Aspirantinnen geduldet, beinahe könnte man sagen gefordert, und bei deren geburtshilflicher Ausbildung unserer Wissenschaft der Stempel der Trivialität unentwegt aufgedrückt.

---

*) Wiener med. Wochenschr. 1893.

Alle anderen Disziplinen haben sich von der Unintelligenz, dem größten Schädling eines Heilpersonales, freigemacht, nur die Geburtshilfe vermochte dies noch nicht! Quousque tandem? muß man unwillkürlich unseren geburtshilflichen Hochschulen zurufen.

Der Hebammenstand, eine staatliche Institution, wird zwar von akademischen Lehrkräften herangebildet, infolge der Unintelligenz seiner Aspirantinnen notgedrungen aber nicht nach akademischen, wissenschaftlichen Normen, sondern in einer von der ausführenden Staatsbehörde vom „grünen Tisch“ aus diktierten rückständigen Weise, die unseren modernen wissenschaftlichen Anschauungen und Anforderungen direkt entgegensprechen muß.

Jahraus, jahrein werden Klagen über den Mangel eines intelligenten Hebammenstandes von ärztlicher Seite laut, von den teilweise organisierten Hebammen selbst wird der Wunsch nach besserer Ausbildung und besserer Auswahl der Aspirantinnen laut, Tausende und Tausende blühender Frauenleben fallen alljährlich dieser Unterlassung zum Opfer und über deren Gräber schallt es wohl mit Recht: „Nous accusons!“

So tragisch dies auch klingen mag, so waltet in der Tat über den Hausgeburten ein Schicksal, dessen Folgen tragisch zu nennen sind, wie dies die Statistiken auch bestätigen.

Was die verlangte Ausbildung der Hebammen anbelangt, so muß sich dieselbe eben auf Basis von Intelligenz der Aspirantinnen vollziehen, womit allein nur ein moderner Hebammenstand geschaffen werden kann, während der altersschwache gegenwärtige Hebammenstand allmählich seinem ihm innewohnenden Marasmus erliegen muß, von dem er durch Besserungsversuche welcher Art auch immer doch nicht mehr zu befreien ist.

Wie soll aber bei dem allbekannten Bureaukratismus unserer ausführenden Staatsbehörden dem nicht mehr zeitgemäßen Hebammenstand Hilfe gebracht werden, wenn dies nicht direkt vom wissenschaftlichen Forum, unseren geburtshilflichen Hochschulen, aus mit allem Nachdruck angeregt und angestrebt wird? Die ganze Ausbildung der Hebammen muß auf akademischen Boden gestellt werden, nicht der Staat, nicht das Land, sondern nur die geburtshilfliche Hochschule muß die Neuorganisation des Hebammenwesens in seine Machtsphäre erhalten.

Dasselbe Recht, mit dem nur der Kliniker praktische Geburtshelfer auf Grund akademischer Vorschriften heranbildet, mit dem gleichen Rechte und auf Grund akademischer Vorschriften muß der Kliniker auch die Hebamme heranbilden können.

Besitzt der Kliniker das Recht der Heranbildung in seinem und nicht im Sinne der ausführenden Staatsbehörden, dann muß es ein Leichtes sein, all jene den Hebammenstand bislang in Verruf bringenden Schranken zum Falle zu bringen; und mit dem akademischen Geist in der Heranbildung wird die Intelligenz in diesen Stand ihren Einzug halten; die Modernisierung des Hebammenwesens wäre so eben erreicht.

Es kann kein Zweifel darüber herrschen, daß dann auch 95% unserer Hausgeburten ein anderes Schicksal als bisher zuteil werden wird und damit die Puerperalfieberstatistik eine wesentliche Verbesserung aufweisen wird, wie dies überall dort zu konstatieren ist, wo man das Hebammenwesen reorganisierte.

Hand in Hand mit der einschneidenden Verbesserung der Leitung der Hausgeburten muß endlich auch energisch daran gegangen werden, unserer Geburtshilfe als praktisch sich betätigende Wissenschaft auch eine Stätte zu verschaffen, wo sich diese praktische Betätigung in der geforderten Weise manifestieren kann.[1])

---

[1]) Prager med. Wochenschr., 1902, Nr. VIII u. XIX.

Geburtshilfe und Gynaekologie sind heute selbständige medizinische Disziplinen im wahren Sinne des Wortes geworden, die vor zwanzig Jahren noch nur so nebenbei bei der Ausbildung des Arztes betrieben und als Appendix der Chirurgie angesehen wurden.

Aus dem ungeahnten Aufschwung, den diese beiden Disziplinen genommen haben, resultiert aber auch die harte Notwendigkeit, endlich die Möglichkeit zu schaffen, die Segnungen dieser Disziplinen der Allgemeinheit zuteil werden zu lassen.

Die Errichtung von selbständig geleiteten Gebär- und gynaekologischen Abteilungen in sämtlichen Bezirkskrankenhäusern der Monarchie ist zur Erreichung dieses Zieles ins Auge zu fassen und mit berechtigtem und wohlbegründetem Nachdruck anzustreben.

Mit der Errichtung solcher Gebärabteilungen in den Bezirkskrankenhäusern würde den schreienden Mängeln einer ungemein großen Zahl von Hausgeburten in Stadt und Land Abhilfe geschaffen.

Bei der eminenten Opferwilligkeit, die in den verschiedenen Bezirken Österreichs bei Errichtung von Bezirkskrankenhäusern heute in immer sich verstärkendem Maße zutage tritt, wird diese geforderte Errichtung von Gebär- und gynaekologischen Abteilungen auf keinen Widerstand stoßen.

Zur Erreichung dieses Zieles ist es aber unumgänglich nötig, daß unsere geburtshilflichen Hochschulen für die harte Notwendigkeit dieser Errichtung das richtige Wort finden, sowohl in wissenschaftlicher als humanitärer Beziehung. Und in beiden Beziehungen können dies unsere geburtshilflichen Hochschulen mit vollster Berechtigung tun, wenn sie eben wollen.

Die geburtshilfliche Wissenschaft lehrt, wie dies O. v. Herff in seinem schon genannten Werke enunziert, daß gegenwärtig jene Frauen am sichersten gegen Kindbettfieber geschützt sind, die sich einer wohlgeleiteten Entbindungsanstalt anvertrauen — in sehr offenem Gegensatz gegen frühere Zeiten.

Um die nachgewiesene ungünstige Beeinflussung der Sterblichkeit an Kindbettfieber, die aus mißlichen sozialen Verhältnissen entspringen, zu bekämpfen, ist daher die weitgehendste Gründung von Gebärabteilungen für arme Gebärende zu unterstützen und zu fördern.

Daß es unter diesen Umständen bestimmt eine Mission unserer geburtshilflichen Hochschulen sein muß, da mit starker Hand einzugreifen, steht außer Zweifel, ebenso außer Zweifel steht es, daß diese Mission auch wirklich von denselben erfüllt werden kann.

Ein Beispiel möge hier für die Richtigkeit dieser Behauptung angeführt werden:

Die Erkenntnis der hohen Sterblichkeit an Tuberkulose und die damit verknüpfte Vermutung, diesem Sterben mit sanitären und sozialen Verbesserungen nur etwas Einhalt gebieten zu können, von unseren medizinischen Hochschulen ausgehend, wurde sofort aufgegriffen und lanziert. Die Tuberkulosebekämpfung ist heute zur Tagesfrage geworden, Tuberkuloseabteilungen an den Krankenanstalten, Dispensaries u. a. m. entstanden rasch in großer Zahl.

Dabei konnte lediglich nur das Schlagwort der Möglichkeit einer wirksamen Bekämpfung der Tuberkulose als Parole ausgegeben werden!

Unsere geburtshilfliche Wissenschaft rechnet aber bei Bekämpfung des Puerperalfiebers mit positiven Erfolgen und erbringt den Beweis hierfür in ihren ausgezeichneten Statistiken der Anstaltsgeburten, den Gegenbeweis in den schlechteren Statistiken der Hausgeburten, sie vermag also mit vollster Bestimmtheit das Puerperalfieber niederzukämpfen — unsere geburtshilfliche Hochschule hat aber bislang eine Agitation gleich

der der medizinischen Hochschule noch nicht eingeleitet, wo ihr ein Erfolg von vornherein auf allen Linien gesichert sein muß.

Zum Schlusse muß ich auf einige in meinen letzten Arbeiten[1]) aufgestellte Forderungen für die Sanierung unserer Geburts- und Wochenbettshygiene zurückkommen, die darin gipfeln, daß zur Überwachung der Sanitätsverhältnisse unserer Anstalts- und Hausgeburten im Ministerium des Innern resp. obersten Sanitätsrat eine eigene Abteilung zu schaffen wäre, der sämtliche Vorstände der geburtshilflichen Kliniken und Hebammenlehranstalten angehören und als welcher zeitweise Experten Geburtshilfe treibende Ärzte aus sämtlichen Kronländern zuzuziehen sind.

Eine solche Körperschaft ist dann bestimmt in der Lage, alle bereits akut gewordenen Forderungen auf dem Gesamtgebiete der Geburts- und Wochenbettshygiene nicht nur zu ventilieren, sondern auch zu realisieren.

Denkt man in anderen Staaten an die Schaffung eines selbständigen Medizinalministeriums, besitzen andere Staaten bereits Minister für die öffentliche Hygiene, so dürfte diese genannte Forderung unserer geburtshilflichen Hochschulen, wenn sie zu der ihrigen gemacht wird, in bezug auf Realisierung an der Hand des Tatbestandes von Seite der Regierung nicht so leicht eine Ablehnung erfahren.

Aus meinen Ausführungen ist wohl zur Genüge zu entnehmen, welche Aufgaben unseren geburtshilflichen Hochschulen zufallen, es geht wohl auch aus denselben hervor, daß die Lösung dieser Aufgaben auf akademischen Boden versetzt werden muß und daß nur dann eine gute Lösung erzielt werden kann. Die Berechtigung der Ingerenz auf alle diese Fragen kann unseren geburtshilflichen Hochschulen nicht abgesprochen werden, aber nur unter der Voraussetzung, daß viribus unitis an die Arbeit gegangen wird.

Daß diese Arbeit den idealen Wirkungskreis unserer geburtshilflichen Hochschulen mit der Prosa des praktischen Lebens in Berührung bringen muß, ist eine natürliche Frage und nur auf solche Weise wird auch ein beträchtlicher Teil der so segensreichen Tätigkeit unserer geburtshilflichen Kliniker und Vorstände der Hebammenlehranstalten der geburtshilflichen Praxis, den Hausgeburten, zufallen, was zur endlich siegreichen Bekämpfung des Puerperalfiebers in der geburtshilflichen Praxis führen muß.

Die Bahnen der geburtshilflichen Hochschule und der geburtshilflichen Praxis werden dann nicht mehr divergieren, sondern stets in engster fürsorglicher Fühlung miteinander bleiben, wodurch der Kontrast der Erfolge zwischen Anstalts- und Hausgeburten gewiß zum Schwinden gebracht werden wird.

Aus diesem Grunde und um der wissenschaftlichen Welt den Nachweis baldmöglichst zu erbringen, daß das Kindbettfieber in gleicher Weise wie in anderen Ländern auch in Österreich bei den Hausgeburten abgenommen hat, wäre es wünschenswert, daß dieser Appell nicht ungehört verhallen möge.

---

[1]) Geburtshilfliche Neuorganisationen in Österreich. Enke, Stuttgart 1902. — Zur Sozialhygiene des Puerperalfiebers. Gyn. Rundschau, 1907. — Über Vorschläge zur Reform des Hebammenwesens. Volkmannsche Sammlung, 1906.

Bücherbesprechungen.

Franz Ludwig v. Neugebauer: Hermaphroditismus beim Menschen. Leipzig 1908. Verlag Dr. Werner Klinkhardt.

Wie der Autor im Vorworte erwähnt, soll dieses Werk ein Handbuch sein für den Fachmann, der eine das Zwittertum betreffende Frage bearbeitet; es soll die diesbezügliche Arbeit erleichtern, indem hier das in der Weltliteratur versprengte Material gesammelt und nach verschiedenen Gesichtspunkten geordnet vorzufinden ist. Wenn Neugebauer weiter sagt, daß es keine leichte Arbeit war, das kasuistische Material zusammenzubringen und daß dies das Ergebnis fünfzehnjähriger Sammelforschung ist, so wird ihm dies jeder recht gerne glauben, der das 748 Großoktav-Seiten starke, mit 346 lehrreichen Abbildungen versehene, eine Kasuistik von 1257 Beobachtungen umfassende Werk in die Hand nimmt.

Zum Verständnisse der Entstehungsweise des Hermaphroditismus bringt Neugebauer eine klare Schilderung der Entwicklungsgeschichte der Urogenitalanlage des Menschen, indem er sich an die neueren Bearbeitungen des Stoffes von Bayer, Hertwig, Nagel u. a. m. hält; eine glücklich getroffene Auswahl von recht instruktiven Bildern erleichtert das Verständnis. Auf Grund der normalen Entwicklungsgeschichte wird dann die Entstehung der abnormen Verhältnisse bei den verschiedenen Formen des Zwittertums erläutert.

Die Fälle von wahrem Hermaphroditismus, die sich hauptsächlich in der älteren Literatur vorfinden, halten einer strengen Kritik nicht stand; deshalb hielt man ein gleichzeitiges Vorhandensein von Hoden- und Eierstockgewebe in einem Menschen theoretisch zwar für nicht ausgeschlossen, in Wirklichkeit aber für noch nicht nachgewiesen. Fünf neuere Beobachtungen von sog. Ovotestis sprechen aber für diese Möglichkeit, obschon der Beweis für eine funktionelle Tätigkeit beider Drüsen zu gleicher Zeit bis heute noch aussteht.

Neugebauer hält aus praktischen Gründen an der alten Klebsschen Einteilung des Pseudohermaphroditismus fest, indem er ein männliches und ein weibliches Scheinzwittertum unterscheidet und bei jedem wieder ein inneres, äußeres oder kompletes, je nachdem die inneren Geschlechtsabschnitte, die äußeren Geschlechtsteile oder beides der Keimdrüse, die einzig und allein geschlechtsbestimmend ist, heterolog sind. Die allerseltenste Form des Scheinzwittertums dürfte der Pseudohermaphroditismus femininus internus sein, die häufigste der Pseudohermaphroditismus masculinus externus (Hypospadiasis peniscrotalis).

Wie Virchow zuerst betont hat, ist das Scheinzwittertum durchaus nicht als eine lokale Entwicklungsanomalie der Urogenitalorgane aufzufassen, es ist vielmehr eine Teilerscheinung einer allgemeinen Mißbildung, worauf ja schon die große Variabilität der sekundären Geschlechtscharaktere bei Scheinzwittern hinweist; die Ursache ist keine mechanische, sondern eine zentrale.

Außer den erwähnten Formen der Zwitter gibt es aber auch geschlechtslose Menschen, homines neutrius generis (Virchow), bei welchen sich die Geschlechtsdrüsen so rudimentär vorfinden, daß auch das Mikroskop keine Spur einer sexuellen Differenzierung feststellen kann.

An der Hand der, wie schon erwähnt, überaus erschöpfenden, zum großen Teile mit kritischen Bemerkungen des Verfassers versehenen Kasuistik — Neugebauer ist in der glücklichen Lage, über 42 eigene genaue Beobachtungen zu verfügen — erörtert Verfasser das Material von verschiedenen Gesichtspunkten aus.

Die rechtliche Stellung der Personen zweifelhaften Geschlechtes ist weder in Österreich noch in Deutschland durch das Gesetz eigens festgestellt, indem weder hier noch dort ein Hermaphroditenparagraph besteht. Das Motiv dieser Unterlassung ist die Annahme, daß nach dem damaligen Stande der medizinischen Wissenschaft es weder geschlechtslose noch beide Geschlechter in sich vereinende Menschen gebe und daß jeder Zwitter entweder Mann oder Weib sei. Doch es geht aus der Kasuistik klar hervor, daß diese Annahme nicht mehr zutrifft: es gibt sowohl Fälle von geschlechtslosen Individuen als auch von solchen, bei denen, wenigstens bei Lebzeiten, das wirkliche Geschlecht mit Sicherheit zu bestimmen nicht möglich ist. Deshalb muß das frühere preußische Landrecht als der Sachlage mehr angemessen bezeichnet werden. In dem-

selben wird bei der Geburt eines Zwitters die Wahl des Geschlechtes für die Erziehung den Eltern zugesprochen, mit der Einschränkung, daß es einem solchen Menschen nach zurückgelegtem 18. Jahre freistehe, das Geschlecht selbst zu wählen, wonach auch seine Rechte bestimmt werden; werden aber dadurch die Rechte eines dritten abhängig gemacht, so kann letzterer auf eine Untersuchung durch Sachverständige antragen, welcher Befund dann entscheidend zu sein hat.

Über die Häufigkeit des Vorkommens von Pseudohermaphroditen gibt Neugebauer an, daß bei 52.000 von ihm untersuchten Frauen und Kindern 50 Fälle von Scheinzwittertum zu verzeichnen sind; demnach käme ein Pseudohermaphrodit auf 1000, eine Zahl, die durch verschiedene Umstände sicher zu hoch ist; immerhin hält Neugebauer das Scheinzwittertum für eine viel häufigere Erscheinung, als allgemein angenommen wird.

Die Anschauung, daß die sekundären Geschlechtscharaktere von dem anatomischen Charakter der Geschlechtsdrüse bestimmt werden und daß diese sekundären Geschlechtscharaktere im Pubertätsalter unter dem bestimmenden Einfluß der Geschlechtsdrüsen zur Entwicklung gelangen, muß heute als widerlegt betrachtet werden, ohne daß es aber möglich wäre, die geschlechtsbestimmende Ursache und die Ursache der Entwicklung der sekundären Geschlechtscharaktere aufzudecken.

Was dieses Werk zu einer Fundgrube bei der Bearbeitung irgend eines mit dem Gegenstande auch nur lose zusammenhängenden Themas gestaltet, ist die äußerst mühevolle Zusammenstellung und genaue Rubrizierung aller Beobachtungen der ganzen Kasuistik nach den verschiedensten Gesichtspunkten; im ganzen sind dies 95 Punkte. Hiervon seien nur als Beispiel hervorgehoben: Koinzidenz mit anderen Mißbildungen; Lebensalter zur Zeit der ärztlichen Untersuchung; Nekropsien; Fälle mit ausgeführter und beschriebener mikroskopischer Untersuchung; Beobachtungen von angeblichem Hermaphroditismus verus; wahre Zwitterdrüsen (Ovotestis); Genus neutrum; zu Lebzeiten irrtümlich bestimmtes Geschlecht; vollzogene Änderung der Metrik; männliche Scheinzwitter; weibliche Scheinzwitter; Pseudohermaphroditismus mascul. ext. etc.; erbliche Belastung; Geschlechtsbewußtsein und Geschlechtsdrang; Hermaphroditismus und Ehe etc., an Zwittern bzw. Scheinzwittern vollzogene chirurgische Eingriffe etc.; venerische Erkrankungen; für Geld zur Schau gestellte Scheinzwitter; Kuriosa; Namen einiger Scheinzwitter.

Nachdem man dies Werk gesehen, kann man nicht umhin, dem Wunsche Ausdruck zu geben, daß auch andere Themen von Autoritäten in den betreffenden Kapiteln in so überaus fleißiger, erschöpfender und kritischer Weise verarbeitet würden; es hat dies unter anderem den großen Vorteil, die Orientierung und das weitere Forschen zu fördern, indem bei solch verläßlichen Sammelarbeiten Irrtümer und Veraltetes gesichtet und endgültig ausgeschieden wird. Bucura.

Sammelreferate.

Veränderungen des knöchernen Beckens.

Sammelbericht über das Jahr 1907.

Von **Felix Heymann** (Berlin-Charlottenburg).

v. Bergmann: Arch. f. Chir., LXXXI, I. Teil, pag. 504.
Bossi: Arch. f. Gyn., LXXXIII, pag. 505.
Derselbe: Zentralbl. f. Gyn., pag. 69, 172, 1560.
Ewerke: Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., XXVI, pag. 187.
Falk: Verhandl. d. Berliner med. Gesellsch., 1907, II, pag. 427.
Derselbe: Versammlung deutscher Naturforscher u. Ärzte. Abteil. f. Geburtsh. u. Gyn., 16. September 1907.
Fieux: Revue prat. d'obstétr. et de pédiatrie, Jänner 1907; Zentralbl. f. Gyn., pag. 1302.

Franz: Gynaekologenkongreß (Dresden). Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., XXV, pag. 907.
Frigyesi: Gynaekol. Sektion des kgl. ungar. Ärztevereines zu Budapest. Zentralbl. f. Gyn., pag. 1145.
Füth: Gynaekologenkongreß (Dresden). Zentralbl. f. Gyn., pag. 796.
L'Hirondel: **Le bassin sacrocoxalgique en obstétrique.** Dissert. Paris 1906. Zentralbl. f. Gyn., 1907, pag. 1015.
Hofmann: Beiträge zur klin. Chir., LIII, H. 1.
Kaessmann: Zentralbl. f. Gyn., pag. 1376.
Kraschulin, Wiener med. Wochenschr., Nr. 29, pag. 1422.
Neu: Zentralbl. f. Gyn., pag. 1129, 1557.
Puppel: Zentralbl. f. Gyn., pag. 1534.
Queissner: Ibid., pag. 798 (Gynaekologenkongreß, Dresden).
Reinhard: Ibid., pag. 1613.
Rossier: Thèse de Lausanne, 1905. Zentralbl. f. Gyn., 1907, pag. 971.
Schloffer: Arch. f. Chir., LXXXIV, pag. 499.
Schoppig: Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., XXV, pag. 845.
Tanturri: Zentralbl. f. Gyn., pag. 1028.
v. Velits: Ibid., pag. 903.
Wolff: Beiträge zur klin. Chir., LII, pag. 561.

An erster Stelle sind die Arbeiten zweier Autoren über die Entwicklung der Beckenformen zu referieren.

Franz hat den Einfluß der Kastration auf die Beckenform an männlichen und weiblichen Lämmern studiert. Die im Alter von 14 Tagen kastrierten Tiere wurden mit 2 Jahren geschlachtet und wiesen einen untereinander sehr ähnlichen, aber vom normalen männlichen und weiblichen abweichenden Beckentypus auf. Es ist also wahrscheinlich, daß die Keimdrüsen die endgültige Form des Beckens beeinflussen. Untersuchungen über die Entwicklung und Form des fötalen Beckens hat Falk am menschlichen Becken vorgenommen und dabei speziell die Frage der Umbildung von Lendenwirbel in Kreuzwirbel studiert.

Er fand derartige Umbildungen am Ende der intrauterinen Entwicklung in verschiedenen Stadien, und zwar in einigen Fällen mit Veränderung der Zahl der Wirbel, viel häufiger jedoch ohne solche. In beiden Fällen kann die Umbildung so vorgeschritten sein, daß der in das Kreuzbein aufgegangene Lendenwirbel ganz einem Kreuzwirbel gleicht. Die Natur dieser Übergangswirbel läßt sich zum Teil noch durch gewisse Formunterschiede, daneben aber — resp. wo die Umbildung der Form vollständig ist, ausschließlich — durch die Untersuchung der Knochenkerne feststellen.

Normalerweise kann man am Becken Neugeborener durch das Röntgenbild Knochenkerne in den Körpern und Bogen der 5. Kreuzwirbel und außerdem je einen großen Knochenkern in den Kostalteilen des 1. und 2. Kreuzwirbels nachweisen, von denen der des 1. Kreuzwirbels sich im 7. Intrauterinmonat, der des zweiten später ausbildet. Mit dem Auftreten von Assimilationswirbeln gingen stets auch Änderungen in diesen Ossifikationskernen einher.

Unter den Wirbelsäulen mit abnormer Wirbelzahl fand Falk Vermehrung der Lendenwirbel auf 6, einmal auf Kosten der Kreuzwirbel (nur 4 Kreuzwirbel mit einem Ossifikationspunkt im Flügelteil), ein anderesmal auf Kosten der Brustwirbel mit normalem Kreuzbein; weiter Verminderung der Lendenwirbel auf 4 mit Übergang des 5. Lendenwirbels (24. Wirbels) in einen Kreuzbeinwirbel.

Auch die Kreuzbeinwirbel sah er teils auf 4 reduziert mit nur einem Knochenkern in den Flügelteilen (also Ausbleiben der Verbindung des letzten Lendenwirbels in diesem Falle des 24. Wirbels mit dem Kreuzbein), teils auf 6 vermehrt (ohne Ver-

minderung der Lendenwirbel), wobei aber der nunmehr oberste Kreuzwirbel durch Fehlen seiner Flügelknochenkerne sich noch als Übergangswirbel charakterisierte.

Viel häufiger als derartige Abweichungen der Zahl sind Assimilationsbilder an der Grenze zwischen Kreuz- und Lendenwirbeln, besonders am 25. Wirbel, dem bleibenden 1. Kreuzwirbel. Auch in diesen Fällen fehlt dann der Knochenkern in dem entsprechenden Flügelteil.

Die Knochenentwicklung zeigt also, an welchem Wirbel sich zu der Zeit, in welcher ein Knochenkern in dem Kostarius des ersten Kreuzbeinwirbels auftritt, d. h. im 7. Monat, sich die Darmbeine angelagert hatten, welcher Wirbel in dieser Zeit der „Fulkralis" war.

Nach der Theorie Rosenbergs erfolgt die Darmbeinanlagerung primär, bis zur Mitte des 3. Monats am 26. Wirbel. Die beschriebenen Fälle von bleibender Vermehrung der präsakralen Wirbel zeigen dies Verhalten auch noch für das Ende des Intrauterinlebens, und die relativ häufige Beobachtung einer Übergangsform am 25. Wirbel mit fehlendem Knochenkern im Kostarius zu dieser Zeit beweist, daß das proximale Vorrücken des Beckens, welches nach der Theorie Rosenbergs in der ersten Entwicklungszeit erfolgt, nicht selten auch in der letzten Zeit des intrauterinen Lebens vorkommt, vielleicht sogar erst in der extrauterinen Entwicklung abgeschlossen wird. Bleibt ein Wirbel auf der Zwischenstufe eines Übergangswirbels nach der Geburt bestehen, so entsteht ein Assimilationsbecken. Diese von Breus und Kolisko geschilderten Beckenformen fand Falk schon am Ende des Intrauterinlebens voll ausgebildet, und zwar sowohl hohe Assimilationsbecken als auch niedrige (mit 4 Wirbeln) und in beiden Fällen teils symmetrische, teils asymmetrische. Die häufigste Form ist das asymmetrisch hohe Assimilationsbecken, bei welchem der letzte Lendenwirbel die Umbildung zum Kreuzbeinwirbel nur auf einer Seite ganz beendet hat und nur auf dieser Seite mit dem Darmbein verwachsen ist.

Unter den Veränderungen bei diesen Becken ist der ungleiche Stand der Spinae posteriores superiores schon im intrauterinen Leben insofern besonders wichtig, als er beweist, daß diese Stellung der Darmbeine nicht durch die Rumpflast, sondern durch die primären Wachstumsrichtungen hervorgerufen ist.

Unter den fötalen Becken dieser Art fand Falk 2 platte Becken.

Auch für andere pathologische Beckenformen, welche sich bereits intrauterin ausbilden, sind nach Falk nicht mechanische Ursachen, sondern Vegetationsstörungen die Hauptursache; so wird beim chondrodystrophischen Becken ebenso wie bei den übrigen platten Becken die Verkürzung der Konjugata durch die auffallend geringe Entwicklung des Beckenanteils der Darmbeinschaufel bedingt.

Krönig stimmt Falk in der Leugnung des Einflusses mechanischer Ursachen für die Beckenformen bei.

Wegen ihrer großen Seltenheit sind folgende Beobachtungen bemerkenswert.

Kraschulin sah eine Luxation einer Beckenhälfte durch Trauma (Überfahren durch ein Feldgeschütz). Die Röntgenaufnahme ergab, daß sowohl die Articulatio sacroiliaca sinistra als auch die Symphyse gelöst, dabei außerdem der linke und rechte horizontale Schambeinast, das linke Sitzbein sowie der 4. und 5. Lendenwirbel gebrochen waren. Es bestanden sehr schwere Weichteilverletzungen; trotzdem genas der Kranke nach langen Eiterungen mit Verschiebung der linken Beckenhälfte nach oben.

Ebenfalls eine Luxation einer Beckenhälfte lag in einem Falle Hofmanns vor. Hier war jedoch die Articulatio sacroiliaca durch eine Metastase eines Mamma-

karzinoms vollständig zerstört. Die Diagnose wurde auch durch das Röntgenbild gestellt. Klinisch bestanden Schmerzen im Bereich des Plexus ischiadicus, Hochstand der einen Beckenhälfte und Beweglichkeit derselben gegen die andere.

Selten sind auch Beobachtungen von Beckenfrakturen mit Dislokation des Oberschenkelkopfes in das Becken hinein, welche inkorrekt als „Luxatio femoris centralis“ bezeichnet zu werden pflegen. Schloffer konnte in einem solchen Falle beobachten, daß durch die Fraktur das ganze Sitzbein mit kleinen, an der Bildung der Pfanne beteiligten Partien des Darm- und Schambeines von dem übrigen Becken abgesprengt war, daß aber anfangs der Oberschenkelkopf zwar tief in der Pfanne stand, jedoch nicht in das Becken hinein disloziert war. Erst während der klinischen Beobachtung bildete sich eine starke derartige Dislokation des abgesprengten Fragmentes und des Oberschenkels aus mit Verkürzung des Beines um 3 *cm*. Die Ursache dieser Dislokation, welche zum Bilde der sog. Luxatio centralis gehört, kann nur in dem dauernd wirkenden Muskelzug erblickt werden.

Wolff beschreibt zwei im städtischen Krankenhause zu Frankfurt a. M. beobachtete Fälle der gleichen Verletzung. Der erste entstand durch direkten Fall auf die rechte Hüfte. Das Röntgenbild ergab gleich nach der Verletzung, daß der Oberschenkelkopf tief in das Becken disloziert war. Das Os pubis war dabei vom Os ilei und ischii abgebrochen, zugleich nahe der Symphyse quer eingebrochen. Reposition und 5 Wochen fortgesetzte Extension zugleich nach unten und nach außen mit entsprechendem Gegenzug. Heilung mit ganz geringer Verkürzung.

Der zweite, anderwärts längere Zeit behandelte und anscheinend anfangs nicht richtig diagnostizierte Fall zeigte im Röntgenbilde, daß der Bruch mitten durch die Pfanne ging und daß der Oberschenkelkopf samt der unteren Pfannenhälfte und der damit im Zusammenhang gebliebene vordere Beckenrand weit nach innen eingedrückt war. Dementsprechend war per rectum eine Vorwölbung an der Innenwand des kleinen Beckens zu fühlen.

Der therapeutische Erfolg im ersten Falle war ein außergewöhnlich guter. In früher veröffentlichten Fällen mit schlechtem Erfolg scheint die Extension nicht lange genug angewendet worden zu sein.

Die Osteomyelitis der Beckenknochen stellt nach den Erfahrungen v. Bergmanns (Riga) eine nicht gerade seltene, aber sehr schwere Erkrankung dar. Die schlechte Prognose wird allerdings in vielen Fällen durch nicht ausreichend radikales Operieren verursacht, zum Teil auch durch zu spätes Stellen der Diagnose. Diese kann gerade bei den akut verlaufenden Fällen im Beginne sehr schwierig sein.

Die Prognose ist verschieden, je nachdem es sich um Erkrankung der Randepiphyse des Darmbeins und sonstige lokalisierte Herde oder um diffuse Erkrankungen handelt.

v. Bergmann hatte unter 71 Fällen 17 von lokalisierter Osteomyelitis (13 am Darmbein, 2 am Schambein und 2 am Sitzbein), welche alle durch partielle Resektion geheilt wurden. Dagegen konnten von 21 mit partieller Resektion behandelten Fällen diffuser Osteomyelitis nur 3 geheilt entlassen werden.

Viel bessere Resultate bei der diffusen Osteomyelitis des Beckens ergab die totale Resektion des Darmbeins. Unter 28 so operierten schweren und schwersten Kranken starben nur 7. Wenn das Periost erhalten wird, regeneriert sich auch bei der totalen Resektion der Knochen sehr gut. Es kommt also alles auf möglichst frühzeitige Diagnose und radikale Operation an, und diese wird um so weiter gehen müssen, je später operiert wird.

Von größtem Interesse für den Geburtshelfer und Gynaekologen sind die im Berichtsjahr erschienenen Arbeiten über Osteomalazie. Wenn sich die von Bossi veröffentlichten Beobachtungen über die Behandlung dieser Krankheit mit Nebennierenpräparaten in weiterem Umfange bestätigen, dann wären unsere Anschauungen sowohl über die Entstehung wie über die Heilung dieser Krankheit auf eine vollkommen neue Basis gestellt.

Nachdem Bossi zuerst im Zentralblatt für Gynaekologie kurz über 2 erfolgreich mit Adrenalineinspritzungen behandelte Fälle berichtet hatte, veröffentlichte er im Archiv für Gynaekologie seine Erfahrungen ausführlicher.

Er widerlegt in dieser Arbeit zunächst statistisch die von Hönnicke und anderen aufgestellte Behauptung, daß die Osteomalazie in Kropfgegenden endemisch sei und im Zusammenhang mit der Funktion der Schilddrüse stehe. Seine Adrenalinbehandlung hat er in 4 Fällen erfolgreich angewendet.

Fall 1, 38jährige Schwangere mit ziemlich frischer, aber hochgradiger Osteomalazie. Subkutane Einspritzungen von 0·5 bis 1·0 *cm*³ Adrenalin-Takamine (Parke, Davis & Co.), im ganzen 23 Einspritzungen. Erfolg vorzüglich. Spontane Geburt am normalen Ende (Zwillinge).

Fall 2. Osteomalazie besteht seit 14 Jahren. Hochgradige Beckenverengerung besonders im Ausgang, allgemeine Kachexie. Im Verlauf von 3 Monaten im ganzen 104 Injektionen von Adrenalin-Takamine- (Parke, Davis & Co.) Lösung 1·0 : 1000·0 (11mal 0·5 *cm*³, 93mal à 1 *cm*³). Durch die Einspritzungen bedeutende Besserung, Abnahme der Schmerzen, Herstellung der Gehfähigkeit. Doch muß stets nach einer gewissen Anzahl von Injektionen (24 respektive 20, 28 und 32) die Behandlung ausgesetzt werden, weil zunehmende Herzsymptome (Dyspnoe, Frost, Tremor) auftraten. In der Pause stets Verschlechterung der Osteomalazie. Unter der intermittierenden Behandlung konnte das Ende der Schwangerschaft abgewartet werden. Jedoch gelingt die versuchte Wendung und Extraktion infolge der Beckenverengerung nicht, und es muß der Kaiserschnitt mit gutem Erfolge für Mutter und Kind gemacht werden.

Fall 3 und 4, Rezidive von Osteomalazie nach früherer, mehrere Jahre vorhaltender Heilung durch Kastration. Fall 3 behandelt mit „Anuresina" von Zanoni (6stündlich 40 Tropfen), Fall 4 anfänglich Injektionen von Adrenalin (Takamine 1·0 : 1000·0, 2mal täglich 1 *cm*³, im ganzen 16·5 *cm*³) und anschließend inneres Einnehmen von „Sic"-Nebennierenextrakt (im ganzen 3340 Tropfen).

In beiden Fällen Heilung. Im Fall 2 sowie im Fall 4 wurde durch wiederholte Radiogramme festgestellt, daß die Knochenschatten schärfer und dunkler wurden, die Ossifikation also zunahm.

Weiter teilt Bossi 2 von Tanturri und 2 von Gotelli mittelst Nebennierenpräparaten geheilte resp. sehr gebesserte Fälle von schwerer Osteomalazie mit. Verwendete Präparate: „Hämostasin" aus dem Istituto sieroterapico, „Adrenalin-Clin" und „Anuresin" (Zanoni).

Zum Studium des Zusammenhanges zwischen Ossifikation und Nebenniere hat Bossi ferner bei 4 Schafen die eine Nebenniere ganz resp. zu drei Vierteln exstirpiert. Bei allen 4 Tieren, deren 3 trächtig waren, entstanden Gehstörungen, Druckempfindlichkeit des Beckens und allgemeine Kachexie, welcher 2 davon erlagen; die beiden anderen erholten sich wieder, warfen zum normalen Termin ihre Jungen und verloren auch ihre Gehstörung. Wiederholte Röntgenaufnahmen der Becken zeigten vor der Exstirpation normale, scharf kontourierte Beckenknochen, dagegen 13—29 Tage nach der Operation das Bild einer starken Osteoporose mit unregelmäßig fleckiger Aufhellung

der Knochenschatten, diffusen Kontouren und teilweise deutlicher Verdünnung der befallenen Knochen.

Die bei 2 Tieren vorgenommene fortgesetzte Urinuntersuchung ergab eine starke Steigerung der Phosphorausscheidung nach der Operation und langsamen Rückgang zur Norm.

Aus diesen Tierexperimenten, aus der Adrenalinwirkung in den oben beschriebenen Fällen, besonders in den beiden, in denen die Osteomalazie trotz früherer Kastration rezidiviert war, schließt Bossi, daß diese Krankheit ihren Ursprung nicht in der inneren Sekretion der Ovarien, sondern in mangelhafter Funktion der Nebennieren habe. Für die Therapie macht er auf den Unterschied in der Wirkung des Adrenalins in dem sehr alten chronischen Fall 2 von der in den anderen Fällen aufmerksam und empfiehlt sie speziell für die akuten und akut rezidivierten Fälle.

Schon die erste vorläufige Mitteilung Bossis gab die Veranlassung, die Methode in einer Anzahl von Fällen nachzuprüfen. Die dabei erzielten Resultate sind aber so widersprechend, daß erst weitere Versuche eine Aufklärung der Widersprüche bringen können.

In einem von Kaessmann mitgeteilten Fall, in welchem die Injektionen zwar anfangs günstig zu wirken schienen, dann aber völlig versagten, waren, veranlaßt dadurch, daß in Bossis erster Publikation infolge eines Druck- oder Schreibfehlers $^1/_2$ *cg* anstatt $^1/_2$ cm^3 angegeben war, so kleine Dosen verwendet, daß man mit Kaessmann selbst den Mißerfolg wohl dieser zu geringen Dosierung zuschreiben kann.

Ebenfalls ohne Erfolg blieb die Behandlung in 2 Fällen von v. Velits. Dieser verwendete wie Bossi selbst das Adrenalin von Parke, Davis u. Co. und in gleicher Dosis. Beide Male handelte es sich um sehr schwere Fälle, deren einer mit Lungenphthise kombiniert war. Bei beiden Kranken war auch zunächst eine Besserung des subjektiven Befindens und der Bewegungsfähigkeit zu konstatieren, bei der einen mußte jedoch wegen schnellen Fortschreitens der Phthise, welcher sie bald darauf erlag, bei der anderen wegen alarmierender Herzsymptome die Behandlung abgebrochen werden.

Noch einen Mißerfolg hatte Puppel bei einer 34jährigen VIII-graviden. Er gab Paranephrin Merck 3mal 1 cm^3 1:5000, 5mal 1 cm^3 1:4000, 1mal 1·5 cm^3 1:4000. In diesem Fall traten Nebenwirkungen (Schwindel, Erbrechen, Herzklopfen, Angst) nur nach der 1. Injektion auf. Dagegen hatte derselbe Autor bei einer gleichzeitig behandelten 19jährigen II-Gravida mit ebenfalls schon sehr schwerer Osteomalazie (Aufrichten im Bett nur mit Mühe, Umhergehen kaum noch möglich) schon nach 4 Injektionen à 1 cm^3 1:4000 desselben Präparats vollen Erfolg. Diese Kranke hatte nach jeder Injektion die geschilderten Erscheinungen seitens der Zirkulationsorgane.

Puppel hält deshalb die von Bossi angewendeten Dosen entschieden für zu hoch. Dieselbe Ansicht vertritt Neu, welcher gegenüber der von Bossi injizierten Dosis von 0·0005 bis 0·001 Adrenalin als Maximaldosis 0·0001 pro dosi und 0·0003 pro die bezeichnet. Er sah stürmische Herzerscheinungen schon nach $^1/_2$ cm^3 einer Lösung 1:10.000 Suprarenin Höchst = 0·00005 Suprarenin.

Dagegen konnte Reinhardt dem Vorgange Bossis entsprechend bei einer sehr elenden Kranken mit chronischer Osteomalazie im ganzen 45 Injektionen, und zwar 3 à 0·0005, 29 à 0·001 und 13 à 0·0015 Adrenalin-Takamine vornehmen, ohne die geringsten Störungen zu verursachen, und sie dadurch schmerzfrei und gehfähig machen. Er empfiehlt, die Stammlösung 1:1000 mit gleichen Mengen Kochsalzlösung zu verdünnen.

Die von den verschiedenen Beobachtern mitgeteilten Herzstörungen mahnen sicher zu großer Vorsicht bei der Dosierung der Nebennierenpräparate, andrerseits hat aber Bossis Vorgehen in seinem Fall II gezeigt, daß man trotz des Einsetzens dieser Symptome durch entsprechende Pausen zwischen den Injektionen die Fortsetzung der Behandlung dennoch ermöglichen kann, und gleichzeitig ist zu bedenken, daß die Kastration, welche uns für die meisten schweren Fälle bisher allein als wirksames Heilmittel zur Verfügung stand, gerade in den schwersten Fällen, bei denen Lungen- und Herzstörungen bestehen, gewiß erheblich gefährlicher ist, als die Adrenalininjektion. Infolgedessen wird die nächste Zeit sicher weitere Versuche auf dem von Bossi eingeschlagenen Wege bringen. Vom allerhöchsten Werte wäre eine endgültige Bestätigung der guten Erfolge Bossis für diejenigen Fälle, in welchen auch die Kastration im Stiche läßt. Einen derartigen Fall teilt Rossier mit.

Sonst ist mit Bezug auf die Osteomalazie noch eine Veröffentlichung von Ewecke zu erwähnen, welcher innerhalb von 20 Jahren 40 Fälle dieser Krankheit beobachtete. Wie er durch Umfrage bei anderen Ärzten der Provinz Westfalen feststellte, kommt Osteomalazie nur in einem kleinen Teile dieser Provinz, in Bochum und dessen nächster Umgebung vor.

In den Fällen, in denen wegen Schwere der Erkrankung die Kastration ausgeführt (10mal im Anschluß an Sectio caesarea und 9mal ohne diese) und überstanden wurde, trat stets Heilung oder erhebliche Besserung ein.

Schoppig beschreibt ein in der Baseler Frauenklinik beobachtetes Beckenenchondrom, das vom linken Darmbein ausgehend während der Schwangerschaft stark wuchs, am Ende derselben die ganze linke Beckenhälfte ausfüllte und somit ein absolutes Geburtshindernis darstellte. Die Patientin wurde durch Sectio caesarea entbunden, starb aber an akuter Sepsis.

Der Tumor erstreckte sich vom unteren Rand des 4. Lendenwirbels bis an die Symphyse, das ganze Os ilei war in die Geschwulst aufgegangen. Diese war unregelmäßige knollig, bestand teils aus elastisch-weichen, teils aus knochenharten Partien. Mikroskopisch fand sich eine bindegewebige Kapsel, von der bindegewebige Septen ins Innere gingen, welche hyalinen Knorpel umschlossen. Stellenweise gallertige Erweichung, keine sarkomatösen Teile.

Im Anschluß an diesen Fall bespricht Schoppig die bisher beobachteten Tumoren gleicher Art, und zwar 22 Beckenenchondrome, welche bei Frauen beobachtet wurden, ohne ein Geburtshindernis zu bilden, 46 Tumoren, welche Geburtshindernisse bildeten (davon 32 Enchondrome, 14 Tumoren, deren nähere Natur nicht festzustellen ist). Therapeutisch kommt wegen der Größe der Tumoren am häufigsten der Kaiserschnitt in Frage. An der Größe scheitert meistens die radikale Entfernung der Geschwulst, welche sonst indiziert wäre. Die Tumoren wachsen oft sehr schnell, besonders in der Schwangerschaft (10mal beobachtet), bewirken zuweilen sehr intensive Schmerzen durch Druck auf den Plexus ischiadicus und Kachexie, so daß sie klinisch als maligne Tumoren imponieren. Auch Metastasenbildung kommt bei histologisch reinen Enchondromen vor. Andrerseits gibt es auch Mischformen (Chondrosarkome etc.).

Ein durch Osteosarkom hochgradig verengtes Becken demonstrierte Queissner. Mit dem Naegeleschen Becken beschäftigt sich eine Dissertation von Charles L'Hirondel und eine Arbeit von Fieux.

Ein schiefes Becken nach Oberschenkelamputation demonstrierte Füth, ein trichterförmig verengtes Frigyesi.

Vereinsberichte.

Zweiter Kongreß russischer Geburtshelfer und Gynäkologen, abgehalten vom 28. bis 30. Dezember 1907 in Moskau.

Mitgliederzahl 193, von auswärts 109. Eröffnet im Aktussaal der Universität. Zum Ehrenpräses gewählt v. Ott. Dauer 3 Tage. Von 9—1 Uhr täglich gynaekologische und von $3^1/_2$—$7^1/_2$ Uhr geburtshilfliche Fragen abgehandelt. Gynaekologische Themata: 1. Das frühe Verlassen des Bettes nach großen Operationen. 2. Über die Schmerzen bei gynaekologischen Erkrankungen. Geburtshilfliche Themata: 3. Über Pubiotomie. 4. Über die Adhärenz der Plazenta. Anzahl der Vorträge 37.

1. Referent Kasanski (Moskau). In der moskauischen Klinik wurde das frühzeitige Verlassen des Bettes methodisch durchgeführt; seit 9 Monaten bei 40 Kranken, 30 Laparotomien und 10 Kolpocöliotomien. 29 konnten zwischen 1—5 Tagen, 11 zwischen 5—10 Tagen aufstehen. Bedingungen: gute Etagennaht, Fieberlosigkeit, guter Verband. Heilungsverlauf wird nicht gestört. Gut vertragen, Lungenerscheinungen sind seltener, schützt aber nicht vor Embolien. Darmfunktion ist besser.

2. Cholodkowski (Woronesch). Gleichfalls Anhänger, nachdem er sah, wie ein 6jähriges Mädchen gleich nach der Laparotomie sich aufsetzte und Milch trank ohne üble Folgen. Vom zweiten Tage ließ er Bewegungen machen. 10 Fälle ungestört verlaufen.

In der Debatte sprechen sich fast alle dagegen aus. Nach v. Ott müsse man individualisieren und besonders auf das Herz und die Gefahr der Thrombose achten. Auf den Wundverlauf hat es keine üble Wirkung.

3. Referent Iwanow (Moskau). Es kommen Schmerzen vor ohne pathologischen Befund, meist an bestimmten Stellen. Durch Druck werden sie vermehrt, namentlich bei Druck auf den Plex. hypogastr. sup. auf die Innenfläche des Kreuzbeines — Plex. sacralis. Unterscheiden sich von den Schmerzen bei Entzündungsherden. Sind verbunden mit Neurasthenie. Behandlung nur Allgemeinbehandlung.

4. Sneguirew (Moskau). Subkutane Salzwasserinjektionen als schmerzmilderndes Mittel bei kongestiven und entzündlichen Schmerzen in der Genitalsphäre der Frauen.

100 Fälle behandelt mit 75 Heilungen. Es gibt kongestive Schmerzen und Schmerzen als Begleiterscheinung von Infektion. 1—2 Einspritzungen bewirken ein Nachlassen oder Aufhören der Schmerzen. Ist starke Infektion mit heftigeren Schmerzen, so hat man mit Ansetzen einiger Blutegel ans Steißbein und nachfolgender Eingießung von Salzlösung glänzende Erfolge. Auch bei Schmerzhaftigkeit und Entzündung der Gelenke des Beckens hat man von Salzwassereingießungen 12—1500·0 gute Erfolge. Wirkt günstig auf den Allgemeinzustand. Empfiehlt, in die seitlichen Bauchdecken drei Nadeln einzuführen, per rectum ist das Verfahren auch bei Peritonitis mit gutem Erfolge gebraucht worden. In 2 Stunden 2 *l*. (Meine ausführliche Arbeit mit Kasuistik im Russki Wratsch, 1902, Nr. 38, ebenso wie meine Mitteilungen in der deutschen Literatur sind dem Autor unbekannt! Ref.)

Diskussion: Grusdew hat in 400 Fällen Salzwasser in die Bauchhöhle nach Laparotomie zur Bekämpfung der Schmerzen mit Erfolg eingeführt.

Bobrow empfiehlt die Salzlösungen bei infektiösen Schmerzen, Intoxikations- und traumatischen Schmerzen. Die sog. nervösen Schmerzen sind unklar.

Kakuschkin: Schmerzen entstehen durch 1. Verlagerung der Organe, 2. entzündliche Reizung oder 3. durch Verhalten von Sekret. Salzeingießungen wirken günstig.

Gubarew: Druck ist ein unsicheres Kriterium, häufig läßt der Schmerz auf Druck nach. Proktitis und Kolitis ist oft Grund von Schmerz, ebenso die Sympathikusganglien. Empfiehlt Laparotomie und Dehnung des Stranges.

5. v. Ott: Neue Methode der Naht von Scheidendarmfisteln. Eröffnung des Douglas und Vernähen der Fistel von der Bauchhöhle aus.

Sneguirew und Kakuschkin haben schon in dieser Weise Fisteln geschlossen.

Geburtshilfe:

6. Referent Prosorowski: Veränderungen des Beckens nach Pubiotomie. Am meisten erweitert sich der Querdurchmesser und der Umfang des Beckeneingangs und

dann der Ausgang im Querdurchmesser, wenig nimmt die Conjugata vera zu, 1·5—2 *cm*. Pubiotomie nur zulässig bei Conjug. vera 8 *cm* resp. 7·5 *cm*. Keine Beckenbinde. Sandsäcke. Bewegungen vom 3. Tage an.

Iljin (Petersburg): Die Knochenwunde nach Pubiotomie verheilt am besten bei zweiwöchentlicher Ruhe mit einer Bandage nach v. Ott. Knochennarbe bildet sich dabei.

Cholmogorow (Moskau): Therapie beim engen Becken. Das Abwarten gibt die besten Resultate.

8. Referent Kolossow (Moskau): Über die Adhärenz der Plazenta. Eine wirkliche Verwachsung ist konstatiert. Manuelle Entfernung ist schwierig. Das Verfahren Ahlfelds ist zu versuchen. Im äußersten Falle Exstirpation des Uterus.

In der Diskussion sprechen sich alle gegen die Tamponade nach Ahlfeld aus.

9. Kannegiesser: Über Ureterfisteln.

10. Ternowski: Über die Technik der Naht bei Blasenscheidenfisteln. Die Nieren sollen atrophieren, auch wenn später der Ureter in die Blase eingepflanzt wird. Präparate.

11. Jakobson (Petersburg): Rektumvorfall wird geheilt durch Wiederherstellung des zerrissenen Dammes. Namentlich die Muskulatur muß wieder hergestellt werden durch Vereinigung der getrennten Muskelbündel.

12. Nowikow (Moskau): Grund zum Vorfall sind Degeneration, trophische Vorgänge in den Muskeln und Bändern des Beckens. Zur Heilung schlägt er eine Methode vor, die er nur an Leichen erprobt hat, die wohl kaum Anklang finden wird. Das knöcherne Becken soll in der Gestalt verändert werden, und zwar durch doppelseitige Pubiotomie und Tieferstellen der Symphyse.

Sneguirew empfiehlt, in schweren Fällen nach Totalexstirpation durch Bildung zweier Scheidenlappen und Vernähen derselben eine doppelte Scheide zu bilden.

13. Solowiew empfiehlt bei Verengerung des Orif. uteri intern. die Methode von Defontaine, modifiziert von Sneguirew.

Sereschnikow (Petersburg): Resümee über die Beleuchtung der Bauchhöhle des Dickdarmes, der Blase nach der Methode von Ott.

Reswiakow macht auf Verbrennungen bei dieser Methode aufmerksam.

Nikolaew: Bei Extrauteringravidität soll immer hintere Kolpotomie gemacht werden. Laparotomie wird verworfen.

Eberlin (Moskau): Von der Scheide aus sollen nur Hämatokelen operiert werden, bei frischen Blutungen Laparotomie.

15. Ischunin empfiehlt bei akuten Wochenbettserkrankungen, die Gebärmutter durch einen dicken Gummidrain zu drainieren.

In der Diskussion werden Gazestreifen vorgezogen. Grusdew empfiehlt ein Drainrohr nur bei putrider Endometritis, nicht bei septischer.

16. Nenadowitsch (Franzensbad) empfiehlt die Behandlung nach Bier, Ansaugung mit einem besonderen Apparat.

17. Schatzki und Griasnow haben gute Resultate von intravenösen Injektionen von Silberlösungen bei septischen Kranken gesehen. 36 Fälle.

18. Matwejew (Moskau): Skopolamin. Morphiumnarkose bei Geburten gibt gute Resultate. Die Ablösung der Plazenta geht gut vor sich.

19—21. Kakuschkin, Cholodkowski, Muratow referieren über die Tätigkeit der Kommissionen zur Bekämpfung des Gebärmutterkrebses. Zum nächsten Kongreß soll statistisches Material gesammelt werden.

22—25. Grigoriew, Speranskaja-Bachmetiewa, Mikertschiantz, Novikow sprechen sich gegen die konservative Behandlung retroperitonealer Myome aus.

26. Himmelfarb hat in 70 Fällen den Bauchschnitt nach Pfannenstiel ausgeführt. Erfolg gut.

27. Nejelow hat primäre tuberkulöse Erkrankung der Uterusschleimhaut bei einer 56jährigen Kranken beobachtet (Unikum).

28. Cholodkowski empfiehlt feuchtes Operieren. Ausspülung mit physiologischer Kochsalzlösung. Ileus ist seltener.

Grusdew und Sneguirew stimmen ihm bei.

Schluß. Der nächste Kongreß nach 2 Jahren wird in Kiew stattfinden. Als Präses des Organisationskomitees wird Prof. Muratow (Kiew) gewählt. Dr. Wernitz.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Geburtshilfe.

Mayer, Skopolamin-Morphium bei Geburten. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 21.
Slemons und Goldsborough, Die geburtshilfliche Bedeutung des Blutdruckes und sein Verhältnis zur Arbeit des Herzens. Ebenda.
Schönbek, Ein interessanter Fall von Eclampsia in graviditate und Mißbildung der Frucht. Ebenda.
Piering, Über die Messung des graviden Uterus. Ebenda.
Brindeau, Traitement de l'infection puerpérale par le bacille lactique. Bull. de la Soc. d'Obstétr. de Paris, Nr. 4.
Brindeau, Salpingite et avortement. Ebenda.
Fournier, Rupture utérine. Intervention précoce. Guérison. Ebenda.
Fournier, Inversion utérine datant de 7 mois. Ebenda.
Tissier, Paralysie radiale survenue au cours du travail. Ebenda.
Planchu, Un cas d'opération césarienne itérative. Ebenda.
Fabre et Baurret, Deux cas d'accouchement avec douleurs exagérées traités par l'injection sous-cutanée de scopolamine-morfine. Ebenda.
Commandeur, Deux cas de grossesse extra-membraneuse. Ebenda.
Fabre et Trillat, De la limitation de la force dans les applications de forceps au détroit supérieur. Ebenda.
Frarier, Fibrom „praevia“ compliquant l'accouchement. Ebenda.
Naumann, Über Drillingsschicksal. Der Frauenarzt, Nr. 5.
Brodhead, Rupture of the Uterus Through the Cesarean Cicatrix. The Amer. Journ. of Obstetr. May 1908.
Ferri, Contributo alla casistica dei tumori cistici dell' ovaio complicanti lo stato puerperale. L'Arte Ostetr., Nr. 8.
Nattan-Larrier et Brindeau, Nature de la môle hydatiforme. Revue de Gyn., Nr. 2.
Sacchi, Per l'eziologia dell' infezione puerperale. Folia Gynaecologica, Bd. I, H. 4.
Solda, Contributo allo studio del parto spontaneo nelle stenosi pelviche. Ebenda.
Clivio, A proposito di un caso di mola vesicolare iniziale. Ebenda.
Pisanò, Della macerazione dei feti nell' utero nei rapporti con la medicina legale. Annali di Ostetr. e Gin., Nr. 3.
Nuti, Considerazioni critiche sul trattamento dell' eclampsia puerperale. Ebenda.
Signoris, Lo sviluppo del feto nelle donne a bacino ampio. Ebenda.
Schatz, Wann tritt die Geburt ein? Arch. f. Gyn., Bd. LXXXV, H. 2.
Gräfenberg, Die prognostische Bedeutung der morphologischen Blutelemente bei puerperalen Erkrankungen. Ebenda.
Kayser, Achselhöhlenbrüste bei Wöchnerinnen. Ebenda.
Ogata, Beckenmessungen an lebenden Japanerinnen. Beitr. zur Geburtsh. u. Gyn., Bd. XIII, H. 1.
Jacobi, Zum Geburtsverlauf bei engem Becken. Ebenda.
Müller, Zur Serumbehandlung des Puerperalfiebers. Münchener med. Wochenschr., Nr. 20.
Kownatzki, Geburtsstörung durch vaginale Fixation. Klassischer Kaiserschnitt. Ebenda.
Badger, Some Blood Pressure Observations in Eclampsia. The Boston Med. and Surg. Journ., Nr. 19.
Boos, On the Toxin of Eclampsia. Ebenda.
Mc Carthy, An Address on Puerperal Eclampsia, with Special Reference to its Treatment with Nitroglycerine. Brit. Med. Journ., Nr. 2473.
Atthill, On the Causes of Inversion of the Uterus. Ebenda.
Sfameni, Sulla genesi della placenta marginata e circumvallata. Archivio Ital. di Gin., Nr. 4.
Massimi, La scelta del forcipe. Ebenda.
Sfameni, Noch einige Worte über die Entstehung der Placenta marginata und circumvallata. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 22.
Thomson, Klinische Erfahrungen über die Wirkung des Secacornin. Ebenda.
Schickele, Die Beurteilung schwerer Blutungen unter der Geburt. Münchener med. Wochenschrift, Nr. 21.
Jaks, Ein einfaches Mittel zur Erleichterung der Geburten. Ebenda.
Kroemer, Die Erfahrungen der Universitäts-Frauenklinik an der kgl. Charité über die Pubiotomie. Berliner klin. Wochenschr., Nr. 22.

Gynaekologie.

Arndt, Okklusivpessar als Fremdkörper in der Blase. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 21.
Stähler, Vereinigung von Instrumentenkocher und Instrumententisch. Ebenda.

Dalché, Metrorragie della menopausa. La Clinica Ostetr., Nr. 9.
Skulski, Zwei Fälle von Uterusperforation bei Ausschabungen. Wratschebnaja Gazeta, Nr. 18.
Barrett, The Crime in Gynecology. The Amer. Journ. of Obstetr., May 1908.
Peterson, Preservation of the Ovaries Entire or in Part in Supravaginal or Panhysterectomy. Ebenda.
Kreusen, Myxosarcoma of the Round Ligament. Ebenda.
Kreusen, Fibroma of the Anterior Abdominal Wall. Ebenda.
Kubo, Menorrhagia and Metrorrhagia. Ebenda.
Cornil et Brossard, Un cas de coexistence dans la tunique vaginale d'un utérus, de deux trompes et de deux testicules. Revue de Gyn., Nr. 2.
Assereto, Sul carcinoma della Vulva. Folia Gynaecologica, Bd. I, H. 1.
Vicarelli, Utero fibromiomatoso gravido oltre il 4° mese asportato con amputazione sopravaginale. Ebenda.
Alfieri, Contributo allo studio della torsione del peduncolo nelle raccolte tubariche. Ebenda.
Hartmann et Lecène, Adénome diffus du col utérin simulant le cancer. Annal. de Gyn. et d'Obstétr., Mai.
Puech et Massabuau, Tumeur en grappe du col de l'utérus. Tumeur à tissus multiples (adéno-, fibro-, myxo-, chondro-sarcome). Ebenda.
Kworostansky, Endotheliom des Ovariums und der Tube. Arch. f. Gyn., Bd. LXXXV, H. 2.
Ahreiner, Über die Blutungen bei der sogenannten chronischen Metritis. Ebenda.
Dwase, Über primäre Chorioepitheliome des Ovariums. Ebenda.
Becker, Myome des Mastdarmes. Ebenda.

Aus Grenzgebieten.

Friedmann, Zur Indikationsstellung für den künstlichen Abort wegen psychischer Krankheit. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 19.
Fromme und Heynemann, Über die Hämolyse der Streptokokken. Berliner klin. Wochenschrift, Nr. 19.
Kehrer, Der überlebende Uterus als Testobjekt für die Wertigkeit der Mutterkornpräparate. Archiv f. experim. Pathol., Bd. LVIII, H. 5—6.
Keiffer, Contribution à l'étude des corpuscules sensoriels rétro-utérins chez le foetus humain. L'Obstétrique, Nr. 2.
De Kervilly, Le bronchectasie chez le foetus. Ebenda.
Strahl, Über Zwischenformen in der Plazentarreihe. Med.-naturwissensch. Archiv, Bd. I, H. 3.
Delle Chiaje, Über ein Cytotoxin, welches die Fettentartung des Eierstockes hervorruft. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 21.
Holzbach, Über Amaurose in der Schwangerschaft. Ebenda.
Trillat, Achondroplasie foetale. Bull. de la Soc. d'Obstétr. de Paris, Nr. 4.
Gonnet, Un cas de pseudo-achondroplasie, type dysplasie périostale. Ebenda.
Cibert et Jarricot, Un cas d'absence du pelvis et des membres inférieurs. Ebenda.
Voron et Cordier, Pneumonie et grossesse. Ebenda.
Vaccari, Idronefrosi bilaterale e gravidanza al settimo mese. La Clinica Ostetr., Nr. 9.

Personalien und Notizen.

(Personalien.) **Gestorben:** Dr. Tolotschinoff, ehemaliger Professor der Geburtshilfe zu Charkow. — **Habilitiert:** Dr. Florus Lichtenstein in Leipzig. — Dr. A. Boni in Pisa.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: **Dr. Oskar Frankl.**

(Autandesinfektion.) Ein Erlaß des Ministers der geistlichen, Unterrichts- und Medizinalangelegenheiten vom 25. April 1908 erklärt die Desinfektion mittelst des von den Farbenfabriken vormals Friedrich Bayer & Ko. in Elberfeld dargestellten Autans für zulässig. Das Pulver wird mit Wasser verrührt, wobei eine lebhafte Entwicklung von Formaldehyd und Wasserdampf erfolgt. Das Autanverfahren eignet sich zur Desinfektion von Wohnungen, Krankenräumen, Kleidungsstücken, Bettmaterial und verschiedener Gebrauchsgegenstände.

Herausgeber, Eigentümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg.**

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

GYNAEKOLOGISCHE RUNDSCHAU.

ZENTRALORGAN
FÜR
GEBURTSHILFE UND FRAUENKRANKHEITEN.

II. Jahrg. | 1908. | 15. Heft.

Original-Artikel.

Aus der königl. Universitäts-Frauenklinik zu Kiel
(Direktor: Geh. R. Prof. Dr. Pfannenstiel).

Über Melaena neonatorum.

Von Dr. **Oskar Jäger,** Assistent der Klinik.

Jeder, der sich mit der Pathologie der Melaena neonatorum genauer beschäftigt, wird sehr bald zu der Überzeugung kommen, daß es sich hierbei um einen Krankheitsprozeß handelt, der ätiologisch ganz verschieden in jedem einzelnen Falle zu beurteilen ist. Die Meläna ist ihrem Wesen nach eben keine Krankheit sui generis, sondern lediglich ein Symptom, dem die mannigfachsten Ursachen zugrunde liegen können. Ich will weder die verschiedenen pathologischen Organveränderungen besprechen, die das Krankheitsbild der Meläna hervorrufen können, noch auf die zahlreichen Theorien eingehen, die zur Erklärung der einzelnen Formen unserer Krankheit aufgestellt worden sind, sondern ich verweise nur auf zwei Arbeiten, die diese Punkte ausführlich berücksichtigt haben, nämlich auf die Besprechung der Melaena neonatorum von Knöpfelmacher im Pfaundler-Schlossmannschen Handbuch der Kinderheilkunde und auf die Arbeit von Kamann über Melaena spuria aus der Pfannenstielschen Klinik in Gießen. Gerade in der Reichhaltigkeit der Hypothesen zur Erklärung der Melänablutungen spiegelt sich unsere Unsicherheit in der Beurteilung dieses Krankheitsbildes wieder.

Es ist klar, daß bei dieser Verschiedenheit und ungenauen Kenntnis der Ätiologie der Melaena neonatorum unsere therapeutischen Maßnahmen sehr häufig keine kausalen sein können. Wir sind in den meisten Fällen vielmehr lediglich darauf angewiesen, eine rein symptomatische Behandlungsweise in Anwendung zu bringen, d. h. wir können eben nur die Blutung als solche bekämpfen, ohne das ihr zugrunde liegende Leiden zu beheben.

Die älteren Methoden der Blutstillung (Sekalepräparate, Eisenchlorid innerlich, Eismilch per os etc.) erwiesen sich bei der Meläna sehr oft als völlig unzuverlässig und machtlos, so daß etwa die Hälfte der erkrankten Kinder zugrunde ging. So berichtet z. B. Holdtschmidt aus der Dresdener Frauenklinik, daß von den 14 Fällen von Meläna, die in den Jahren 1894—1900 dort zur Beobachtung kamen, 7 tödlich endeten.

In neuerer Zeit sind zwei Mittel bei der Bekämpfung der Meläna mit Erfolg angewendet worden, nämlich das Adrenalin und die Gelatine.

Das Adrenalin ist u. a. von Champetier de Ribes und Seulecq auf Grund der guten Erfahrungen, die sie mit dem Mittel gemacht haben, warm empfohlen worden. Sie haben es per os, per rectum und subkutan angewendet.

Über die Gelatinetherapie haben sich die günstigen Erfahrungen in den letzten Jahren gemehrt, wenn auch vor einer Überschätzung des Mittels verschiedentlich gewarnt worden ist (Oswald). Bedenkt man jedoch, daß die Mortalität bei der Meläna seit der Einführung der Gelatinetherapie von 50% auf etwa 13% gesunken ist (Neu), so muß man diesem Mittel doch wohl einen entschieden günstigen Einfluß zuschreiben. Dementsprechend hat auch diese Behandlungsmethode eine große Anzahl von Anhängern gefunden, wie die in der Literatur niedergelegten Urteile bezeugen. (Schubert, Neu, Holdtschmidt, Döllner u. a.)

An der Kieler Universitäts-Frauenklinik sind vor einiger Zeit drei Fälle von schwerer Melaena neonatorum kurz hintereinander zur Beobachtung gekommen, bei denen die Behandlung mit Gelatine von außerordentlich günstiger Wirkung war.

Fall 1.

Das Kind Kr. wurde in 1. Schädellage geboren. Die Geburt selbst verlief sehr rasch und war bereits nach etwa fünf Stunden beendet. Das Kind war nicht asphyktisch, wog 3480 *g* und hatte eine Länge von 52 *cm*.

Die Mutter hatte als Kind Rachitis, Lungenentzündung, Diphtherie und Masern durchgemacht. Lues findet sich in der Anamnese nicht. Einige Wochen vor der Entbindung erkrankte sie an einer Angina mit Temperaturen bis 38·2°. Während der ersten drei Wochenbettstage Temperatursteigerung ohne sicheren Befund.

Das Kind, das nach der Geburt einen durchaus normalen Eindruck gemacht hatte, erkrankte am zweiten Tage post partum plötzlich unter den Erscheinungen der Melaena neonatorum. Es entleerte reichliche, braunrot gefärbte, blutige Massen per anum. Zugleich bestand mäßiges Erbrechen von bräunlich gefärbtem Mageninhalt. Das Allgemeinbefinden war zunächst wenig gestört, das Aussehen etwas blaß. Temperatur 36·3°. Hämoglobingehalt des Blutes 80%. 17.600 Leukozyten im Kubikmillimeter Blut. Eine Quelle für die Blutung außerhalb des Magendarmkanales konnte nicht nachgewiesen werden. Für das Vorhandensein einer Sepsis oder kongenitalen Lues war kein Anhaltspunkt gegeben.

Therapie: Subkutane Injektion von 30 *cm*³ einer 5%igen Gelatine-Kochsalzlösung. Per os Tee mit Gelatine (2%), der zum größten Teile auch im Magen zurückbehalten wurde. Dagegen gelang es nicht, Gelatine durch Klysmen in den Darm einzubringen, da dieselben mit den reichlichen blutigen Darmentleerungen sofort wieder ausgestoßen wurden. Um jede Abkühlung zu vermeiden, wurde das Kind sofort in eine Wärmewanne gelegt, und zwar in Beckenhochlagerung.

In den folgenden Tagen wurden weiterhin reichliche, schwarz gefärbte Stuhlgänge entleert. Erbrechen bestand nicht. Das Aussehen des Kindes war jetzt sehr blaß und verfallen. Am fünften Tage fiel der Nabelschnurrest ab; es blutete etwas aus der Nabelwunde. Die Temperatur schwankte zwischen 36° und 37°. Das Gewicht betrug 3140 *g*. Hämoglobingehalt des Blutes 60%.

Am dritten und fünften Tage je eine subkutane Gelatineinjektion (30 *cm*³ einer 5%igen Lösung). Daneben Tee mit Gelatine per os.

In der nächsten Zeit wurden noch einigemal schwarz gefärbte Stuhlgänge beobachtet. Ein Abgang von frischem Blute erfolgte jedoch nicht mehr. Das Kind erholte sich dann allmählich und nahm vom zehnten Tage an an Körpergewicht, das bis auf 2960 *g* gesunken war, wieder zu. Das Allgemeinbefinden war jetzt dauernd gut. Am zwölften Tage zeigte der Stuhlgang zum ersten Male eine rein goldgelbe Farbe. Abgangsgewicht am 16. Tage 3320 *g*.

Fall 2.

Das Kind St., einen Tag alt, wurde wegen Blutabgang aus dem Mastdarm und blutigem Erbrechen in die Klinik gebracht. Die Geburt selbst war völlig normal verlaufen. Die Mutter, eine Fünftgebärende, will niemals ernstlich krank gewesen sein. Sämtliche früheren Geburten waren leicht gewesen. Drei Kinder leben, eines ist an Lungenentzündung gestorben.

Das Kind, ein Mädchen, ist ausgetragen, kräftig, von etwas blassem Aussehen. Die Haut fühlt sich kühl an; der Leib ist weich, nicht aufgetrieben, anscheinend nicht druckempfindlich. Temperatur 37·4°; Hämoglobingehalt des Blutes 75%; Leukozytengehalt des Blutes 14·000 im Kubikmillimeter. Zur Zeit besteht kein Erbrechen. Per anum wird reichliches, anfangs braunrotes, später schwarzes, teils flüssiges, teils geronnenes Blut entleert. Eine Quelle für die Blutung außerhalb des Verdauungstraktus ist auch in diesem Falle nicht zu entdecken.

Therapie: Subkutane Injektion von 30 cm^3 einer 5%igen Gelatine-Kochsalzlösung. Per os 40 *g* Tee mit Gelatine (2%). Der Versuch, Gelatine durch Klysmen zu verabreichen, mißlingt auch in diesem Falle. Das Kind wird in eine Wärmewanne gelegt. Am Nachmittag des ersten Tages wird eine zweite Gelatineinjektion, von der bereits erwähnten Konzentration vorgenommen. Außerdem 40 *g* Tee mit Gelatine per os.

Am zweiten Tage sind die Stuhlgänge von dunkelgrünem, mekoniumähnlichem Aussehen. Kein Erbrechen. Hautfarbe sehr blaß. Allgemeinbefinden anscheinend gut. Im Laufe der nächsten Tage wurden die Darmentleerungen allmählich heller, so daß bereits am vierten Tage der Stuhlgang wieder normal aussah. Das Körpergewicht nahm bereits von diesem Tage an zu. Das Wohlbefinden des Kindes war weiterhin nicht mehr gestört. Hämoglobingehalt des Blutes bei der Entlassung 85%.

Fall 3.

Das Kind K., zwei Tage alt, wurde wegen starker Blutung aus dem Mastdarm und Erbrechens von schwarzem Mageninhalt in die Klinik gebracht. Die Geburt selbst war sehr leicht gewesen. Die Mutter, eine Fünftgebärende, hat als Kind Masern und Typhus durchgemacht. 1907 hat sie nach vier vorausgegangenen rechtzeitigen Geburten einmal abortiert. Lues wird von beiden Eltern negiert.

Das erkrankte Kind ist ein sehr kräftiges Mädchen (3750 *g*), von etwas blassem Aussehen. Bei der Aufnahme sind die Tücher, in die das Kind eingewickelt ist, völlig mit dunkelrot gefärbtem, stinkendem Blut durchtränkt. Kurz nach der Einlieferung erbricht es schwarzgrün gefärbte, flüssige Massen in ziemlich großer Menge. Leib weich, nicht aufgetrieben. Nabel etwas gerötet, leicht sezernierend. Temperatur 37·2°, Leukozytengehalt des Blutes 14.000 im Kubikmillimeter; Hämoglobingehalt 60%. Es besteht kein Nasenbluten. Die Mundhöhle und hintere Rachenwand sind frei von frischem Blut. Im Nabelsekret finden sich Schleim, wenig Leukozyten, vereinzelte Stäbchen und Kokken. Diagnose: Melaena neonatorum.

Therapie: Sofort nach der Einlieferung werden dem Kinde 30 cm^3 einer 5%igen Gelatine-Kochsalzlösung subkutan injiziert. 50 cm^3 schwarzen Tee mit Gelatine per os (2%). Ein Versuch, Gelatine durch Klysmen zu verabreichen, wird nach den schlechten Erfahrungen in den früheren Fällen nicht gemacht. Dermatolverband über den Nabel.

Am Vormittag des nächsten Tages wird eine zweite Gelatineinjektion vorgenommen. Außerdem 100 cm^3 Tee mit Gelatine per os. Das Kind wird in Beckenhochlagerung in eine Wärmewanne gelegt. Da jedoch die Körpertemperatur über 40° ansteigt, wird die Wärmewanne wieder weggelassen, woraufhin die Temperatur auf normale Werte sinkt. Sie hält sich dann dauernd zwischen 36·5° und 37·3°.

Auf diese Therapie hin ist eine Entleerung von flüssigem Blut per anum überhaupt nicht mehr erfolgt. Ebensowenig trat bei dem Kinde wieder Erbrechen auf. Während der ersten Tage nach der Aufnahme wurden noch einige Male schwarz gefärbte Stuhlgänge beobachtet. Am sechsten und siebenten Krankheitstage zeigten die Darmentleerungen eine gelbgrüne Farbe. Vom achten Tage ab hatten sie ein völlig normales Aussehen. Das Körpergewicht, das bis auf 3320 *g* gesunken war, nahm vom elften Tage an dauernd zu. Abgangsgewicht 3510 *g*. Hämoglobingehalt des Blutes bei der Entlassung 90%.

In diesen drei Fällen von schwerer Melaena neonatorum hat sich uns die Gelatinebehandlung durchaus bewährt und wir glauben, daß der günstige Ausgang der Erkrankung in der Hauptsache auf die Anwendung dieses Mittels zurückzuführen ist,

zumal da andere Hämostatika überhaupt nicht zur Anwendung kamen. Bei der Applikation der Gelatine muß man nur darauf bedacht sein, daß auch wirklich eine genügend große Menge von Gelatine injiziert wird, wobei man von einer eventuellen Wiederholung der Injektion an demselben Tage nicht Abstand nehmen darf. In unserem zweiten Falle hat sich dieses Verfahren jedenfalls durchaus bewährt. Empfehlenswert erscheint uns ferner die Kombination der subkutanen Injektionen mit der Darreichung von Gelatine per os, wenigstens für die Fälle, wo heftiges Erbrechen nicht besteht. Wenig gute Erfahrungen dagegen haben wir mit der Verabreichung der Gelatine als Klysma gemacht. Bei dieser Art der Anwendung wurde das in das Rektum eingebrachte Mittel sofort mit den profusen blutigen Darmentleerungen wieder ausgeschieden. Ja, wir hatten sogar den Eindruck, als ob direkt durch die Einführung der Gelatinelösung in den Darm peristaltische Darmbewegungen ausgelöst würden, die zur sofortigen Ausstoßung des Mittels führten.

Neben dieser medikamentösen Therapie muß natürlich eine zweckmäßige Allgemeinbehandlung Platz greifen. Vor allen Dingen ist streng darauf zu achten, daß jede Abkühlung des Körpers vermieden wird. Gerade bei diesen ausgebluteten Kindern ist die Körpertemperatur außerordentlich labil und auf jeden Fehler, der in dieser Hinsicht gemacht wird, reagieren sie sofort mit einem Sinken der Körperwärme auf subnormale Werte. Die Wärmewanne hat sich uns zur Erzielung einer gleichmäßigen, guten Körpertemperatur als recht zweckmäßig erwiesen, doch dürfte für die Praxis die Applikation von Wärmeflaschen, Thermophoren und die Einpackung der Kinder in Watte völlig genügen.

In ätiologischer Beziehung sind diese drei Fälle von Melaena vera neonatorum, wie so oft, nicht zu erklären. Allgemeininfektionen der Kinder (Lues, Sepsis) waren nicht nachzuweisen; ebensowenig irgend welche Organerkrankungen. Blutungen aus Nase, Mund, Nasenrachenraum fehlten. Daß der geringen Rötung und Sekretion des Nabels in unserem dritten Falle irgend welche Bedeutung für das Zustandekommen der Meläna beizulegen ist, glauben wir nach dem erhobenen Befund nicht. Unter einem Dermatolverband waren die Veränderungen nach zwei Tagen geschwunden. Wir sind also gezwungen, in allen drei Fällen eine Lokalaffektion der Magendarmschleimhaut anzunehmen; welcher Art dieselbe aber gewesen ist, das sicher zu entscheiden, dürfte nicht angängig sein.

Literatur: 1. Knöpfelmacher: Die Krankheiten des Neugeborenen. Handb. der Kinderheilk. von Pfaundler und Schloßmann. — 2. Kamann: Über Melaena spuria. Gyn. Rundschau, 1907. — 3. Champetier de Ribes und Seulecq: Über die Behandlung der intestinalen Blutungen der Säuglinge mittelst Adrenalin. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907. — 4. Holdtschmidt: Die subkutane Gelatineinjektion bei Melaena neonatorum. Münchener med. Wochenschr., 1902. — 5. Oswald: Zur Gelatinebehandlung der Melaena neonatorum. Münchener med. Wochenschr., 1902. — 6. Neu: Therapie der Melaena neonatorum. Vortrag, gehalten im naturhistorisch-medizinischen Verein in Heidelberg, 1906. — 7. Schubert: Behandlung der Melaena neonatorum mit Gelatineinjektionen. Zentralbl. f. Gyn., 1907. — Döllner: Zur Therapie der Melaena neonatorum. Münchener med. Wochenschr., 1902.

Großes retroperitoneales Lipom.

Von Dr. **Weinhold,** Frauenarzt, Breslau.

Mein Fall betrifft eine 48jährige Frau, welche dreimal geboren hat; sie ist groß und ziemlich mager. Schon in den letzten Jahren wurde der Leib stärker; seit einem halben Jahre aber wurde er auffallend schnell unförmig.

Vor mir hatten schon zwei Kollegen eine sehr große Ovarialzyste diagnostiziert. Die Untersuchung zeigte nicht recht klar, ob eine solche oder eine andere weiche Tumormasse vorliege. Der Bauch war allerdings fluktuierend elastisch wie bei einer schlaffen Zyste, gab aber einen Schlag auf der einen Seite nicht als Welle auf der anderen Seite wieder. Ferner war der Tumor etwas länglich in der Längsrichtung des Körpers gestellt, reichte oben unabgrenzbar bis unter die Leber, war aber vom Scheidengewölbe aus nur ganz undeutlich tastbar, und endlich glaubte ich, manchmal auf seiner Höhe etwas tympanitischen Schall zu hören.

Ich schlug eine Probelaparotomie vor. Zwei nach mir untersuchende Kollegen sprachen sich wiederum mit Bestimmtheit für eine Ovarialzyste aus. Einig waren alle Untersucher über die Notwendigkeit einer Operation.

Ich nahm dieselbe Mitte November vor.

Bei dem Eröffnungsschnitt in der Linea alba lag auf der Höhe des riesigen Bauches zunächst in der Mittellinie das bandartig flache Colon ascendens unverkennbar vor; rechts und links von ihm das mächtig ausgezogene Mesokolon mit den ebenfalls ganz langgezogenen queren, parallelen Darmgefäßen. Zwischen diesen Gefäßen schimmerte durch das ganz außerordentlich dünne Peritoneum überall gelbe Tumormasse hindurch, beim Abtasten die Pseudofluktuation ergebend. Es war offenbar ein retroperitoneales Lipom.

Ich spaltete nun etwa in Nabelhöhe das Mesokolon nach rechts in der Richtung der Gefäße und versuchte die Auslösung. Das Mesenterium war aber so fein, daß mir bald klar wurde, ich würde den Tumor nicht herausbekommen, ohne einen langen Darmabschnitt seiner Ernährung zu berauben. Ich ging deshalb in das Lipom selbst ein und fand dasselbe von einer allerdings auch sehr feinen, aber doch ziemlich elastischen Membran überzogen, welche sich von der Unterlage gut löste. Bei dem Versuch, nun die Lipommasse auszuschälen, teilte sich dieselbe aber in eine Unmenge Acini, welche nur mit wenig losem Bindegewebe und sehr kleinen Gefäßen untereinander zusammenhingen. Es blieb mir nichts anderes übrig, als hintereinander Stücke herauszulösen, wie sie gerade eine oder zwei Hände packen konnten. Nachdem die Höhle auf diese Weise ausgeweidet war, füllten die entfernten Massen einen mittleren Eimer an (über 2 Mannskopf); sie wogen $12^1/_2$ Pfund. Die Höhle war nun sicher leer, ohne jede Spur von Fettgewebe. Sie war allseitig umgeben von losem, leicht blutendem Bindegewebe; in ihrem oberen Abschnitt fühlte man die jetzt ganz frei liegende rechte Niere. Auch diese ohne jede Spur von Fettresiduen. Irgend ein Zusammenhang des Lipoms mit einem Organ oder einem normalen Fettgewebe war weder bei der Auslösung noch nach derselben aufzufinden. Die Höhle verkleinerte sich durch Zusammenschrumpfen ihrer bindegewebigen und peritonealen Wände zusehends. Die geringe Blutung stand auf zweimaliges trockenes Tamponieren. Nach Entfernung der zweiten Tamponade legten sich die Wände so trocken und schön aufeinander, daß ich nur den Schlitz im Mesokolon mit Catgut vernähte, noch den retroflektierten Uterus ventrifixierte und dann die Bauchhöhle wieder schloß.

In der Folgezeit ging es der Patientin genau wie anderen Laparotomierten mit glattem Verlauf. Die Winde gingen zur rechten Zeit ab und der Darm funktionierte normal. Nur vier Wochen nach der Operation trat eine gewisse chronische Darmträgheit auf, die aber nicht zu bedenklichen Zuständen führte.

Fälle dieser Art sind recht selten. 1905 hat Neumann im Krankenhause Friedrichshain ein sehr ähnliches, aber mehr linkseitiges Lipom bei einem $3^1/_2$jährigen

Knaben operiert und im Anschluß daran alle in der Literatur zugänglichen Fälle gesammelt. Er fand im ganzen 63 benigne retroperitoneale Tumoren überhaupt, wobei aber Fibrome und Myxome mitgerechnet sind, so daß auf die Lipome allein keine große, bisher bekannte Zahl zu kommen scheint.

Neumann hat in seinem Falle nach Feststellung der Situation den Medianschnitt geschlossen und ist mit einem linkseitigen, queren Flankenschnitt der Geschwulst extraperitoneal zu Leibe gegangen. Es passierte ihm, daß er nach Herausschaffung der Lipommassen inne wurde, ein großes Stück Mesocolon mit der Ernährung des ganzen Colon descendens entfernt zu haben. Er mußte infolgedessen das Colon descendens exstirpieren und das Colon transversum mit der Flexura sigmoidea vernähen. Er tat auch dieses extraperitoneal und lagerte auch die Verbindungsstelle, welche später eine Fistel bildete, außerhalb des Peritoneums. Er glaubt, nur seinem völlig extraperitonealen Vorgehen die Heilung verdanken zu müssen.

Mir scheint a priori und nach meiner Erfahrung, daß wir es nicht nötig haben, auch in einem solchen Falle unseren guten, natürlich recht langen Medianschnitt aufzugeben; denn von keinem anderen aus wird man imstande sein, die zarten Wände einer so großen Höhle schon beim Schälen dauernd unter Augen zu behalten und dieselben schonend zu versorgen.

In meinem Falle wenigstens blieb trotz der ganz immensen Verdünnung des Mesenteriums und der mesenterialen Gefäße die zarte Bekleidung des Tumors unverletzt und die Blutversorgung des Darmes, welche man jeden Augenblick direkt sehen konnte, eine ungestörte.

Aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik in Genua. (Geleitet von Prof. L. M. Bossi.)

Über einen Fall schwerer Inertia uteri.

Von Dr. **Julius Carli,** Assistenzarzt.

Bei der Darlegung dieses Falles beabsichtige ich nicht, alle Vorteile des Instrumentes Bossi aufzuzählen; dieselben sind durch die Arbeiten Bossis und seiner Schüler sowie durch zahlreiche im In- und Auslande erschienene Abhandlungen bereits hervorgehoben worden. Ich möchte nur einen Beitrag zur Kenntnis dieser Methode der schleunigen Entbindung liefern, da der Fall meine erste Anwendung des Instrumentes betrifft, und zwar unter Umständen, wie sie häufig beim praktischen Arzte vorkommen, nämlich daß er sich allein in der Notwendigkeit befindet, eine Geburt rasch zu beendigen.

R. T., 29 Jahre alt, unverheiratet, Dienstmagd aus Genua.

Anamnese: Beide Eltern gestorben; der Vater mit 60 Jahren an Herzleiden, die Mutter mit 40 Jahren an Gehirnblutung. Von elf Brüdern starben zehn in zartem Alter; einer lebt und ist gesund. Die Patientin erinnert sich nicht, Kinderkrankheiten gehabt zu haben. Mit 12 Jahren bekam sie Typhus, der sie ungefähr einen Monat ans Bett fesselte. Erste Menstruation mit 13 Jahren und schmerzhaft; die folgenden waren regelmäßig, aber von Schmerzen, die vom Unterleibe auf die Lenden überstrahlten, begleitet. Mit 25 Jahren wurde sie schwanger. Am Ende der normal verlaufenen Schwangerschaft trat sie in eine öffentliche Entbindungsanstalt ein. Nach Feststellung der Querlage wird ihr dort eine Bauchbinde angelegt, ein Barnes nach dem Blasensprung appliziert und unter Narkose, wie es scheint mit klassischer Wendung, die Geburt beendet. Der Fötus stirbt nach wenigen Minuten. Das Wochenbett verlief normal.

Im nächsten Jahre die zweite Schwangerschaft. Wegen Inertia uteri geht die Geburt in derselben Entbindungsanstalt unter den gleichen Umständen vor sich, wie das erste Mal. Der Fötus stirbt nach einigen Tagen. Wochenbett normal.

Dritte Schwangerschaft. Die Patientin hatte die letzte Menstruation am 30. März 1907. Nach $4^1/_2$ Monaten spürte sie die ersten Kindesbewegungen. Seit Beginn der Schwangerschaft weißer Fluß.

Eintritt in die Klinik am 5. Jänner 1908 um $15^1/_2$ Uhr. Die Patientin hatte vor vier Tagen bereits Senken des Unterleibes und Polyurie beobachtet. Ich stellte die Diagnose bei ihrer Aufnahme in den Geburtssaal wie folgt: Pluripara, am Ende des Schwangerschaftstermins, in der Eröffnungsperiode. Lebender Fötus, leidend; Lage: V=O. J. S. A. Keine Wehen; aus den Geschlechtsteilen fließt das mit Mekonium gefärbte Fruchtwasser ab. Der fötale Herzschlag wird immer unregelmäßiger und die Herztöne immer dumpfer und blasiger. Der Uterushals ist ungefähr 1 *cm* lang; keine Erweiterung. Ich entschließe mich zur Anwendung des Dilatators Bossi. Nach genauester Desinfektion der Geschlechtsteile und Scheide setzte ich das Instrument an; in 7 Minuten erfolgte eine Erweiterung von 5 *cm* und während dieser Zeit hatten sich auch ein paar schwache Uteruskontraktionen eingestellt. Ich nahm hierauf das Instrument weg, um es mit den Flügeln wieder anzulegen. Währenddessen hörte der fötale Herzschlag auf. Unter dem Angstgefühle eines Anfängers, der sein heiß ersehntes Ziel entfliehen sieht, erreiche ich in weiteren 7 Minuten die vollständige Erweiterung und die Wehen werden etwas kräftiger, obwohl nicht in der Weise, wie sie bei Anwendung des Dilatators Bossi zu erwarten gewesen wären. Nach Entfernung des Instrumentes setzte ich die Zange am Beckeneingang an und 19 Minuten nach Anwendung des Dilatators Bossi war der Fötus entwickelt. Nach 15 Minuten folgt spontan die Nachgeburt. Die leichte Blutung wird rasch in wenigen Minuten bewältigt; der Uterus zieht sich zusammen, läßt jedoch leicht wieder nach, weshalb ich die Einspritzungen mit Ergotin, heiße Ausspülungen und Uterusmassage wiederhole, worauf die Blutung vollständig aufhört. Keinerlei Zerreißung weder des Dammes, noch der Scheide, noch des Uterushalses.

Der im 3. Grade asphyktische Fötus erholte sich nach 40 Minuten langer entsprechender Behandlung; er ist gut entwickelt, wiegt 3350 *g* und ist $51^1/_2$ *cm* lang.

Das Wochenbett verläuft normal; die Rückbildung des Uterus geht etwas langsam vor sich. Die Patientin nährt das Kind selbst, welches an Gewicht regelmäßig zunimmt. Sie verläßt am 12. Tage die Klinik. Durch die Untersuchung stellt Herr Professor Bossi fest: Damm, Scheide, Uterus, Adnexe normal.

In diesem Falle war schwere Atonie des Uterus zu beobachten, wie die Krankengeschichte beweist. Selbst durch die instrumentelle Erschließung des Muttermundes wurden nur verhältnismäßig schwache Kontraktionen angeregt, während dadurch in anderen Fällen nicht nur während der Eröffnungsperiode, sondern auch im Uterus bei absoluter Ruhe häufige und sehr energische Wehen einzutreten pflegen, so daß, wie Beck sagt, das Instrument mit bestem Erfolge auch zur Herbeiführung des künstlichen Abortus und der Frühgeburt angewandt werden kann. Denn der Dilatator Bossi arbeitet physiologisch; seine Wirkung ist mechanisch, wie sie der Fruchtsack und der eingestellte Kindesteil ausüben, und sie ist dynamisch, da kräftige Wehen ausgelöst werden, deren Energie durch stärkere Dilatation erhöht werden kann.

Die beiden in diesem Instrumente vereinigten Wirkungen äußern sich gleichzeitig und ergänzen sich. Wenn besondere Zustände des Uterus eine der beiden verringern, so büßt die Dilatation ihren physiologischen Charakter nicht ein.

In meinem Falle konnte sich bei der großen Atonie des Uterus die dynamische Kraft nicht in ihrer ganzen Energie entwickeln und der mechanische Faktor trat ergänzend ein. Auch diese Wirkung, die gewalttätigste, ist so weise verteilt, entfaltet sich so allmählich und beständig und ist so naturgemäß, daß sie nach und nach von den tiefen Zonen des unteren Segmentes und dem Orif. intern. zur Portio vaginal.

abnimmt und die vollständige Erweiterung gestattet, ohne die geringste Verletzung der betreffenden Teile zu verursachen, wenn sie selbst nur teilweise von der dynamischen Wirkung unterstützt wird.

In dem angeführten Falle trat letztere nicht sehr kräftig auf, was keineswegs auf Rechnung der Methode kommt, weil jene niemals versagt, wie es Autoritäten auf dem Felde der Geburtshilfe (Beck, Chrobak, Gusserow, Knapp, Leopold und andere) bestätigen. Zeigt sich einmal der dynamische Faktor unzulänglich, so ist dies schwerer Uterusschlaffheit und Inertia zuzuschreiben. Wir wissen, daß der dynamische Faktor sich mit der exzentrischen Spannung der Längsmuskelfasern entfaltet, daß er den Hals verkürzt, indem er ihn in die Höhe zieht: ein an Muskelbündeln armer Uterus, wie wir in unserem Falle nach den Umständen der zwei vorausgegangenen Geburten annehmen können, wird diese Energie nur sehr schwach äußern. Dennoch reagierte dieser äußerst schlaffe Uterus mit Kontraktionen. Hätte die Dringlichkeit des Falles nicht solch rasche Dilatation erfordert und das Instrument längere Zeit angesetzt bleiben können, so wären sicher noch Wehen mit größerer Energie aufgetreten. Ein Beweis dafür ist der spontane Abgang der Nachgeburt. Die darauf folgende Blutung war leicht zu nennen, denn von diesem schlaffen Uterus war logisch eine schwerere zu fürchten.

Die einzige Methode, von welcher in diesem Falle ein Erfolg erwartet werden konnte, war die Methode Bossi. Auf Erfolg von kalten oder warmen Duschen, Scheidentamponade, vom Kolpeurynter Braun, von abdominaler Wickelung, war nicht zu hoffen. Auch die Methode Tarniers oder Barnes war nicht anzuwenden, da nicht nur keine Erweiterung eingetreten, sondern der Hals noch nicht verstrichen war. An Inzisionen des Halses nach Dührssen konnte bei deren großer Gefährlichkeit noch weniger gedacht werden. Allenfalls hätte die Methode Krause Verwendung finden können, allein der Erfolg ist zu zweifelhaft.

Die mechanische Dilatation von Bossi war hier nicht allein angezeigt und notwendig, sondern auch die geeignetste für diesen Uterus, denn die Hämorrhagie hätte sich voraussichtlich viel schwerer gestaltet, wenn eine den Uterus ermüdende Methode angewandt worden wäre.

Es bestand aber auch Gefahr für das Leben des Fötus. Dieser bedurfte 40 Minuten, um sich zu erholen, denn er war im 3. Grade asphyktisch. Hätte ich nur wenig mehr als 19 Minuten zur Entbindung der Mutter gebraucht, so wäre der Fötus verloren gewesen.

Schließlich hebe ich noch hervor, daß ich mich zum ersten Mal der Methode Bossi bediente, und ich befand mich überdies allein, allerdings in einer Klinik; die augenblicklichen Umstände versetzten mich jedoch in identische Umstände des praktischen Arztes, welcher dringend zu einem ähnlichen Falle gerufen wird und sich allein befindet. Mithin kann derselbe in wenigen Minuten einen chronisch schlaffen, noch geschlossenen Uterus bei nicht verstrichenem Halse entleeren; die Mutter von den gefährlichen Folgen der Uterusatonie und den Fötus vom Tode retten.

Es war deshalb wohl gerechtfertigt, was Leopold und Knapp, als die ersten, wünschten, nämlich daß der Dilatator Bossi in das Besteck eines jeden Geburtshelfers gehöre, und was Langhoff und Audion aussprachen, daß die Methode Bossi bald in allgemeinen Gebrauch bei den Ärzten kommen sollte und „rasche Verbreitung“ verdiene.

Bücherbesprechungen.

J. C. Bucura, Geburtshilfliche Therapie einschließlich der Operationen für Ärzte und Studierende. Leipzig und Wien 1908, F. Deuticke.

Wie Verf. selbst betont, lag es ihm vor allem daran, die geburtshilfliche Behandlung nach den Grundsätzen der Klinik Chrobak festzulegen. Da sich dieselben mit der allgemein befolgten Lehre und Regel im Wesen decken, kann man das Buch als eine Zusammenstellung der geburtshilflichen Therapie der Gegenwart betrachten und dasselbe unseren gebräuchlichen Lehrbüchern anreihen. Die Anordnung ist übersichtlich, die einzelnen Operationen werden eingehend geschildert und durch gute Abbildungen erläutert. Zudem ist der Verf. bestrebt, auf alle Fragen, die an den Arzt als Berater der Schwangeren und während seiner Tätigkeit am Gebär- und Wochenbette herantreten können, Rücksicht zu nehmen. Das Buch ist dem praktischen Arzte gewidmet und kann demselben sowie insbesondere dem in die Praxis tretenden Arzte als Nachschlagebuch empfohlen werden. H. Thaler-Wien.

Sammelreferate.

Physiologie, Diätetik und Pathologie des Wochenbettes.

Sammelreferat über das 2. Halbjahr 1907 von Dr. **Karl Heil,**
Frauenarzt in Darmstadt.

1. Cramer: **Einige Beobachtungen über die Funktion der weiblichen Brustdrüse.** (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., XXVI, H. 3.)
2. A. Mayer: **Über das Vorkommen von Gallensäuren in der Frauenmilch.** (Berliner klin. Wochenschr., 1907, Nr. 27.)
3. C. J. Bucura: **Über den Übergang von Arzneistoffen in die Frauenmilch.** (Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther., IV, H. 2.)
4. Bamberg und Brugsch: **Übergang von Agglutininen von Mutter auf Kind.** (Med. Klinik, 1907, Nr. 31.)
5. Schmidt: **Über die Verwendung der flüssigen Somatose bei Wöchnerinnen.** (Münchener med. Wochenschr., 1907, Nr. 42.)
6. Riemann: **Warzenschutz durch Gaudanin.** (Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 48.)
7. Merkel: Therapeutische Mitteilungen. **II. Über Novaspirin in Geburtshilfe und Gynaekologie.** (Münchener med. Wochenschr., 1907, Nr. 27.)
8. Krönig: **Übung und Schonung in der Geburtshilfe und Gynaekologie.** (Deutsche med. Wochenschr., 1907, Nr. 38.)
9. Schubert: **Die Bedeutung des Zweifelschen Blutkoagulum.** (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., XXVI, H. 3.)
10. Vogelsanger: **Spätblutungen im Wochenbett.** (Hegars Beiträge zur Geburtsh. u. Gyn., XII, H. 3).
11. Heinsius und Lissauer: **Erfahrungen über Brustdrüsenentzündung, insbesondere ihre Behandlung mit Bierscher Hyperämie.** (Deutsche med. Wochenschr., 1907, Nr. 51.)
12. Stähler: **Appendicitis in graviditate et in puerperio.** (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., XXVI, H. 2.)
13. Calmann: **Perityphlitis und Schwangerschaft.** (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., XXVI, H. 4.)
14. Sitzenfrey: **Über die Beziehungen der Cholelithiasis zum weiblichen Geschlechtsleben und zu gynaekologischen Leiden. Nebst Mitteilung eines durch Zystektomie geheilten Falles von Gallenblasenempyem im Wochenbett.** (Prager med. Wochenschr., 1907, Nr. 28/30.)
15. Mansfeld: **Wert der puerperalen Bakteriologie.** (Arch. f. Gyn., LXXXIII, H. 3.)

16. Himmelheber: **Inwieweit können wir durch die Leukozytenuntersuchungen Aufschluß über die Prognose puerperaler Allgemeininfektionen erlangen?** (Med. Klinik, 1907, Nr. 36.)
17. Mermann: **Wie verlaufen therapeutisch unbeeinflußte fieberhafte Wochenbetten?** (Arch. f. Gyn., LXXXII.)
18. Jung: **Neuere Bestrebungen in der Behandlung der puerperalen Infektion.** (Med. Klinik, 1907, Nr. 42.)
19. Maier: **Zur Therapie der Sepsis.** (Münchener med. Wochenschr., 1907, Nr. 29.)
20. A. Mayer-Heidelberg: **Über die Verhütung des Puerperalfiebers und den Erfolg der Behandlung desselben mit dem Aronsonschen Antistreptokokkenserum.** (Hegars Beiträge zur Geburtsh. u. Gyn., XII, H. 2.)
21. Blewersdorf: **Über einen mit Streptokokkenserum Menzer behandelten Fall von puerperaler Pyämie.** (Münchener med. Wochenschr., 1907, Nr. 30.)
22. Hadra: **Zur Kollargolbehandlung septischer Prozesse.** Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., XXVI, H. 2. (Sitzungsbericht der Pommerschen Gyn. Gesellsch., 12. Mai 1907).
23. Hékimoglou: Journal des Practiciens, 1907, Nr. 35.
24. Groß: **Über traumatische und postinfektiöse puerperale Neuritis.** (Prager med. Wochenschr., 1907, Nr. 39.)

Aus einigen interessanten Beobachtungen über die Funktion der weiblichen Brustdrüse, die einzeln hier nicht angeführt werden können, zieht Cramer (1) den Schluß, daß die Entwicklung der weiblichen Brustdrüse von der Funktion des Ovariums abhängig ist und daß physiologische und pathologische Reizzustände am Eierstock und Geschlechtsapparat auch Reizzustände der Brustdrüse zur Folge haben. Für die Funktion der Brustdrüse, die Milchsekretion, ist eine überstandene Schwangerschaft Vorbedingung, die jedoch nicht annähernd ausgetragen zu sein braucht. (Milchabsonderung schon nach Fehlgeburten der ersten Monate.) Sowohl das Aufhören des kindlichen Stoffwechsels als auch die Entleerung des Uterus können für sich die Milchabsonderung auslösen. Die Laktation kann mehrere Jahre anhalten und auch noch längere Zeit nach der Geburt gelingt es, die Brustdrüse, die vorher nicht zum Stillen benutzt worden war, wieder zu genügender Funktion zu bringen. Die Milchsekretion ist völlig unabhängig vom Ovarium. Starke psychische Einwirkungen können die Funktion der Brustdrüse primär stören; diese Störungen sind jedoch durch konsequentes Anlegen zu beheben.

A. Mayer (2) ist es bei einer ikterischen Stillenden gelungen, kleine Mengen Gallenfarbstoff in der Milch nachzuweisen; Gallensäuren, und zwar mehr Taurochol- als Glykocholsäure, waren in erheblicher Quantität vorhanden, jedoch nur in der ersten Zeit des Ikterus.

Mit dem Übergang von Arzneistoffen in die Frauenmilch befaßt sich eine Arbeit von Bucura (3) aus der Chrobakschen Klinik. Jod, Quecksilber, Aspirin, Arsen und Brom gingen bei innerlicher Anwendung in die Milch über.

Bamberg und Brugsch (4) fanden bei einer Wöchnerin mit Abdominaltyphus sowohl im mütterlichen Blute als auch in der Milch sehr hohen Agglutiningehalt, aber die Agglutinine wurden ebensowenig wie in der Schwangerschaft durch die Plazenta, so im Wochenbett von der Milch durch die Darmwand des Kindes auf dieses übertragen. Der fehlende Übergang von Agglutininen durch die Milch auf den Fötus beweist, daß auch arteigenes Eiweiß, aus welchem sich die Agglutinine ja zusammensetzen müssen, durch den kindlichen Darmkanal zerstört wird, bzw. gar nicht resorbiert zu werden braucht. Ferner lehrt dieser Fall, daß eine Typhuskranke trotz hohen Fiebers ohne Schaden für sich und das Kind stillen kann.

Für die Wochenbettsdiätetik kommen zunächst drei Arbeiten in Betracht, die sich mit dem Stillen befassen. Schmidt (5) empfiehlt nach klinischen Untersuchungen

an v. Winckels Münchener Klinik die flüssige Somatose als kräftigendes und appetitanregendes Mittel, besonders auch bei solchen Wöchnerinnen, die durch starken Blutverlust oder durch langdauerndes Erbrechen sehr geschwächt waren. Bei den letzteren Fällen muß man mit ganz kleinen Dosen, etwa $1^1/_2$ Teelöffel pro Tag, beginnen. Das Mittel belästigt Magen und Darm nicht.

Einen besonderen Vorteil mit der Gaudaninbehandlung der Brustwarzen konnte Riemann (6) an dem Material der Breslauer Hebammenlehranstalt nicht erzielen. Im Gegensatz zu Doederleins Angaben löste sich der Gaudaninüberzug durchwegs innerhalb der ersten 24 Stunden ab, so daß die Gaudaninbepinselung täglich erneuert werden mußte. Von 241 Gaudaninwarzen blieben 142 = 59% heil; 99 = 41% wurden wund. Von 153 nicht mit Gaudanin behandelten Warzen blieben heil 113 = 74% und wurden wund 40 = 26%.

Zur Beseitigung der Nachwehen bei Stillenden lobt Merkel (7) das Novaspirin. Er gibt drei Tage lang 2—3mal täglich 0·5 Novaspirin und erzielt dadurch ein schmerzloses Wochenbett. Die Rückbildung des Uterus und das Befinden der Kinder wurden dadurch in keiner Weise gestört.

Mit dem frühen Aufstehenlassen der Wöchnerinnen hat Krönig (8)-Freiburg seit 2 Jahren gute Erfahrungen gemacht. Krönig läßt die im Morphium-Skopolamin-Dämmerschlaf Entbundenen womöglich schon 8 Stunden nach der Geburt aufstehen. Die Wirkung auf das Allgemeinbefinden und die Morbidität ist sehr gut. Laktation und Involution des Uterus werden nicht schädlich beeinflußt. Auch Disposition zu Scheiden- oder Gebärmuttersenkung ließ sich nicht nachweisen. Die Muskulatur wird außerdem schon frühzeitig durch systematische gymnastische Übungen gekräftigt. Auch während der Schwangerschaft legt Krönig großes Gewicht auf körperliche Bewegung.

Der Vorschlag Zweifels, die in dem Scheidengewölbe einer Frischentbundenen sich bildenden Blutkoagula durch Austupfen im Spekulum zu entfernen, wird von Schubert (9) nach Untersuchungen an 250 Wöchnerinnen der Küstnerschen Klinik in Breslau verworfen. Wenn Schubert auch bezüglich des schädlichen Einflusses dieser Koagula auf die Wochenbettsmorbidität Zweifels Ansicht teilt, so haften doch der von Zweifel angegebenen Methode zur Entfernung der Gerinnsel Nachteile an. Eine allgemeine Einführung des Verfahrens in die Privatpraxis scheitert an der Undurchführbarkeit der unbedingten Asepsis; ferner erweist sich in zwei Drittel der Fälle der Eingriff als zwecklos, da gar keine Blutgerinnsel vorhanden sind. Andrerseits treten bei einer ganzen Anzahl Wöchnerinnen nach dem Austupfen erneut Blutkoagula auf, so daß man konsequenterweise die Wöchnerinnen an den ersten 3 bis 4 Tagen des Wochenbettes täglich dem Eingriff aussetzen müßte. Die Unbequemlichkeit des Verfahrens für die frischentbundenen und die Möglichkeit einer Infektion sind nicht von der Hand zu weisen. Um aber dem Zweifelschen Grundgedanken gerecht zu werden unter Vermeidung der Mängel seiner Methode empfiehlt daher Schubert, die Koagula mittelst Druck auf den durch vorheriges Reiben zur Kontraktion gebrachten Uterus zu entfernen und diese Manipulation bei jeder Visite an den ersten 3—4 Wochenbettstagen zu wiederholen.

Die Pathologie des Wochenbettes eröffnet eine zusammenfassende Arbeit von Vogelsanger (10)-Basel, in welcher er den Spätblutungen im Wochenbett unter Beifügung lehrreicher Kasuistik eine ausführliche Schilderung angedeihen läßt. Arterienerkrankungen, Hämophilie, Rißwunden, Drucknekrosen, Varizenbildungen usw. werden bezüglich Symptomatologie und Therapie besprochen.

Über günstige Erfahrungen mit Bierscher Hyperämie bei Brustdrüsenentzündung berichten Heinsius und Lissauer (11); sie rühmen die bekannten Vorzüge des Verfahrens, betonen aber als einzigen Nachteil die Notwendigkeit der ständigen Überwachung und des größeren Zeitaufwandes.

Zur Komplikation des Wochenbettes mit Appendizitis liefern Stähler (12) und Calmann (13) kasuistische Beiträge. Stähler mußte in der 24. Schwangerschaftswoche operieren. Am Tage nach der Operation wurde ein 32 *cm* langer, frischtoter Fötus geboren. Vom nächsten Tage ab zeigte die Wöchnerin das Bild beginnender Sepsis. Am 11. Wochenbettstage wurde ein subphrenischer Abszeß mit Resektion der 8. Rippe operiert; 14 Tage später mußte nochmals für besseren Abfluß des Eiters gesorgt werden. Der Fall ging schließlich in völlige Genesung aus. Calmann beobachtete einen Fall von Appendicitis simplex im Wochenbett, der ohne Operation zur Heilung kam. In einem zweiten Falle wurde etwa in der 7. Woche des Wochenbettes nach vollständigem Ablauf der akuten Erscheinungen die Appendektomie mit gutem Erfolge ausgeführt. Die bis dahin bestehende Subinvolution des Uterus bildete sich dann prompt zurück. Ähnlich war der Verlauf einer Appendektomie nach Abortus, wo fortdauernde Blutungen aus dem subinvolvierten Uterus sehr rasch nach der Appendektomie zum Stillstand kamen.

Einen durch Zystektomie geheilten Fall von Gallenblasenempyem im Wochenbette teilt Sitzenfrey (14) aus der Prager Klinik mit.

Die Literatur des Puerperalfiebers nimmt in der Pathologie des Wochenbettes wiederum einen breiten Raum ein und einige Arbeiten erfordern ausführlichere Referate.

Über den Wert der puerperalen Bakteriologie hat Mansfeld (15) in der Budapester Klinik eigene Untersuchungen angestellt und kommt bezüglich des normalen Puerperiums zu dem Ergebnis, daß der Uterus fieberfreier Wöchnerinnen am 4. und 5. Wochenbettstage in 60% Keime enthält und in 22·5% Streptokokken. Die Fälle mit keimhaltigen Lochien unterschieden sich in nichts von den sterilen Fällen. Am 5. Wochenbettstag fanden sich doppelt so oft Streptokokken wie am 4. Tag. Die Zahl der inneren Untersuchungen, die Dauer der Geburt und die Art und Dauer der Nachgeburtsperiode erklären die An- oder Abwesenheit der Keime nicht. Bei der Untersuchung fieberfreier Fälle mit oft sehr geringer Keimzahl in den Uteruslochien kann nur das Kulturverfahren Auskunft geben. In den untersuchten Fieberfällen waren die Lochien bei den extragenitalen Fiebern steril. In allen Fällen von Puerperalfieber war das Strichpräparat nie steril, was allein schon für die große Zahl der Keime spricht. Die leichten Fälle zeigten Mischinfektion von Streptokokken und Stäbchen, während die schweren Puerperalfieberfälle Streptokokken in Reinkultur enthielten. Die Diagnose der extragenitalen sowie der ausgesprochen leichten Fälle mit ihren sterilen bzw. gemischt infizierten Lochien war also möglich. Eine weitere Differenzierung der „schweren Fälle“ in prognostischer Hinsicht ist aus der Morphologie der Streptokokken nicht zu erreichen. Auch die Leukozytenuntersuchungen geben nach Himmelheber (16) keinen sicheren Anhaltspunkt für die Prognose, während sie andrerseits einen guten Einblick in den momentanen Stand der Krankheit gewähren.

Mermann (17)-Mannheim, der jüngst verstorbene Begründer und Leiter des dortigen Wöchnerinnenheims, teilt seine Erfahrungen mit, wie therapeutisch unbeeinflußte fieberhafte Wochenbetten verlaufen. Mermann betrachtet es als erstes Prinzip der Wochenbettsbehandlung, daß eine Entbundene, ob sie fiebert oder

nicht, niemals innerlich untersucht wird und daß der Scheideneingang und der Damm — ob genäht oder nicht — niemals einer genauen Besichtigung besonders zugänglich gemacht werden. Nur zwei Indikationen lassen ein Abweichen von dieser Regel zu: bei stärkerer Blutung, die auf das Vorhandensein von Plazentarresten schließen läßt, und bei Verdacht auf ein vaginal zugängliches Exsudat. Von diesen beiden Ausnahmen abgesehen, verwirft Mermann jede innere Untersuchung einer fiebernden Wöchnerin. Vaginale oder intrauterine Spülungen nach der Geburt faultoter Früchte oder anderer putrider Schwangerschaftsprodukte oder nach langdauernden intrauterinen Eingriffen werden nicht gemacht. Ferner werden die häufig unnötig geübte Spekulumuntersuchung zum Auffinden von Puerperalgeschwüren und ebenso die in Anstalten vielfach übliche innere Untersuchung der Wöchnerinnen am Entlassungstage verworfen.

Fiebernde Wöchnerinnen werden von Mermann nicht nur keinerlei lokalen therapeutischen Eingriffen, sondern überhaupt keiner oder fast keiner therapeutischen kausalen oder symptomatischen Behandlung unterzogen. Antipyretika, graue Salbe oder Kollargol hat Mermann nie angewandt. Für die Serotherapie, von ihm bis jetzt nicht angewandt, läßt er die Möglichkeit des prophylaktischen und therapeutischen Erfolges offen. Sekale wird nicht gegeben, da es den kranken, schonungsbedürftigen Uterusmuskel zu unphysiologischen Kontraktionen reizt.

Auch Eisblase und heiße Umschläge sind verpönt, höchstens temperierte erlaubt. Die einzige Behandlung besteht in Ruhe, reichlicher Ernährung, etwas Alkohol, in seltenen Fällen Digitalis. Die fiebernden Wöchnerinnen werden des psychischen Eindruckes wegen nur in den allerseltensten Fällen isoliert, die Pflege aber wird ausschließlich nur einer Wärterin anvertraut, die mit keiner anderen Wöchnerin in Berührung kommt.

Auch der operativen Behandlung der septischen Peritonitis, thrombotischen Pyämie und anderen steht Mermann sehr skeptisch gegenüber.

Die fieberhaften Wochenbetten haben, sich selbst überlassen, eine eminent geringe Mortalitätsquote.

Die Ausführungen von Jung (18)-Greifswald-Erlangen über neuere Bestrebungen in der Behandlung der puerperalen Infektion stehen in wesentlichem Gegensatz zu Mermanns therapeutischem Nihilismus.

Bei fieberhaft erkrankten Wöchnerinnen legt, nach Ausschluß anderweitiger Fieberquellen, Jung größten Wert auf eine sorgfältige vaginale bzw. kombinierte Untersuchung auf dem Querbett unter Benutzung steriler Gummihandschuhe. Nach jeder derartigen Untersuchung soll eine intrauterine Ausspülung mit warmem 50%igen Alkohol gemacht werden.

Bei der allgemeinen, nicht lokalisierten, vom Uterus ausgehenden septischen Infektion ist mit der Lokaluntersuchung und Uterusspülung die lokale Therapie erledigt. Jede Polypragmasie ist zu verwerfen.

Bei ungenügender Uterusinvolution wird Ergotin subkutan gegeben. Die Hauptaufgabe der Therapie der puerperalen Sepsis ist die Hebung und Erhaltung der Widerstandsfähigkeit der Kranken; Jung erlaubt geringe Gaben Sekt öfter im Tage. Bezüglich der Serumtherapie äußert sich Jung zurückhaltend; jedenfalls hat er nie Schaden davon gesehen. Möglichst früh soll die Serotherapie einsetzen bei allen vom Uterus ausgehenden septischen Streptokokkenallgemeininfektionen, bei denen eine Lokalisation außerhalb des Uterus nicht nachweisbar ist. Dagegen ist bei bereits nachweisbarer Parametritis, Pyosalpinx, Peritonitis die Serumanwendung kontraindiziert. Von intravenösen Kollargolinjektionen hat Jung keine günstigen Erfolge gesehen.

Neuerdings werden bei puerperaler Sepsis große Antipyrindosen (4mal 1·0 *g* pro die) empfohlen.

Über günstige Erfahrungen mit Aspirin bei puerperaler Sepsis berichtet Maier-Ludwigshafen (19).

Man soll prinzipiell mit kleinen Dosen beginnen (1—2stündlich 0·25—0·3 Aspirin), soll das Mittel auch während der Nacht verabfolgen und soll mit der Verabreichung fortfahren, bis völlige Entfieberung eingetreten ist. Die therapeutische Wirkung des Aspirins wird der durch das Mittel hervorgerufenen Hyperleukozytose zugeschrieben.

Maier (20)-Heidelberg konnte einen ersichtlichen Nutzen der prophylaktischen und kurativen Anwendung des Aronsonschen Antistreptokokkenserums nicht feststellen; ein nennenswerter Schaden wurde allerdings auch nicht beobachtet. Blewersdorf (21) -Wansen schreibt dagegen in einem Falle von puerperaler Pyämie dem Menzerschen Serum einen entscheidenden therapeutischen Einfluß zu.

Ebensowenig wie über den tatsächlichen Wert der Serumbehandlung des Puerperalfiebers sind die Akten geschlossen über den kurativen Wert des Kollargols. Hadra (22) glaubt nach seinem Material das Kollargol zu weiteren Versuchen empfehlen zu dürfen und spricht ihm eine nicht zu unterschätzende antifebrile Wirkung zu, die sich mit einer Immunisierung des Körpers gegen die Noxen verbinde. Hékimoglou (23) beschreibt zwei mit Kollargol geheilte Fälle von Puerperalfieber nach Retention der Plazenta.

Im ersten Falle trug die Erkrankung pyämischen Charakter und zeigte schon sechs Stunden nach einer intravenösen Injektion von 10 cm^3 einer $2^1/_2$%igen Lösung eine deutliche Beeinflussung durch die Behandlung. Vier weitere im Verlaufe der nächsten vier Tage vorgenommene Injektionen führten zur vollständigen Heilung. Im zweiten Falle, der ebenso wie der erste im Anschluß an eine verzögerte Plazentarlösung mit operativer Nachhilfe eingetreten war, betrug die Temperatur schon am Tage nach der Entbindung 40°, gleichzeitig bestand blutiges Erbrechen, zahlreiche Petechien am ganzen Körper, trockene, belegte Zunge, übelriechende Lochien. Drei intravenöse Injektionen von je 10 cm^3 einer $2^1/_2$%igen Kollargollösung brachten die Kranke so weit, daß sie nach 10 Tagen wieder ihrem Haushalt vorstehen konnte.

Die traumatische und postinfektiöse puerperale Neuritis macht Groß (24) zum Gegenstand einer Studie im Anschluß an einen Fall, bei dem nach fieberhaftem Wochenbett 3 Wochen post part. beiderseitige Peroneuslähmung eintrat. Zwei Monate später stellten sich unter erneutem Fieber Parästhesie und Hypästhesie im rechten Arme ein. Alle Störungen schwanden allmählich und schließlich trat vollständige Genesung ein.

Aus fremdsprachiger Literatur.

Aus der russischen Literatur.

Jahresbericht 1907.

J. A. = Journal akuscherstwa u. Jenskich Bolesnei. R. W. = Russki Wratsch. M. O. = Medizinskoje Obosrenie. Wo die Jahreszahl fehlt, ist 1907 anzunehmen.

Sadowski (Petersburg), Der Parasitismus als biologische Erscheinung bei der Fortpflanzung. J. A., XXI, 1907, 5, 6.

Verfasser sucht nachzuweisen, daß die Weiterentwicklung des befruchteten Eies als Erscheinung des Parasitismus aufzufassen ist. Das befruchtete Ei ist ein ganz selbständiger Organismus, der sich als Parasit auf dem mütterlichen Organismus festsetzt an

einer beliebigen Stelle, wie Extrauterinschwangerschaften beweisen, und den mütterlichen Boden exploitiert. Der mütterliche Organismus reagiert dagegen mit Entzündungs- und Wucherungsvorgängen, Blutzufluß, Schwellung, Austritt von Leukozyten, Erhöhung der Temperatur usw. Das unbefruchtete Ei ist nicht lebensfähig, das befruchtete erhält selbständiges Leben. Es kann von einem Tier aufs andere verpflanzt werden und sich weiter entwickeln, das ist eine Eigenschaft der Parasiten.

Das Ei spielt eine aktive aggressive Rolle, der mütterliche Organismus eine passive, defensive Rolle.

Das Syncitium muß vom Ei stammen, da es aggressive Eigenschaften wie das Ei hat.

Horowitz (Petersburg), Zur Lehre der biologischen Bedeutung der Radiumstrahlen. Dissertation aus dem pathologischen Kabinett des kaiserlichen experimentellen Institutes für Medizin, 1906, XI.

Ein Röhrchen mit 0·001 Bromradium wird ins Gewebe eingeschoben. In der Wirkung ist eine Abstufung zu bemerken. Am stärksten wirkt es auf: 1. Lymphoide Organe, Milz, Knochenmark, Geschlechtsdrüsen, Nervengewebe, Haut. 2. Gruppe: Leber, Muskel, Knorpel. 3. Gruppe: Herz, Niere, Speicheldrüsen, Pankreas, Schleimhäute.

Die Wirkung äußert sich in Zerstörung der Zellen: Lockerung, Verdünnung, Zerfall. Karyorhexis und Karyolysis. Hyaline Degeneration tritt auf. In den Nervenfibrillen bildet sich körniger Zerfall. Chromatin wird zerstört. Myelinhülle zerfällt.

A. v. Wahl (Petersburg), Über die Bedeutung der mikroskopischen und bakteriologischen Untersuchung der Ausscheidungen der weiblichen Genitalorgane auf Gonokokken. J. A., XXI, 1907, 2.

Betont die Notwendigkeit der Untersuchung, da das klinische Bild nicht genügt. Zuweilen spricht das klinische Bild für Gonorrhöe und bakteriologisch erweisen sich keine Gonokokken und umgekehrt. Flecken, Röte, trüber Harn zeigen sich auch ohne Kokken. 3malige Untersuchung mit negativem Resultate genügt.

Serumagar ist der beste Boden, wird in Gläschen aufbewahrt und vor dem Gebrauch mit Agar vermischt. Man muß aber 1. das Serum zuerst prüfen, 2. 3 Tage vor der Untersuchung alle Lokalbehandlung einstellen.

(Mit solchen Vorschlägen kann der praktische Arzt nichts machen. Ref.)

Saretzki (Petersburg), Die Drüsen der kleinen Schamlippen. J. A., XX, 1906, 12.

Anfangs sind keine Talgdrüsen vorhanden. Im 2. Lebensjahre fängt die Bildung an als Anlage der zukünftigen. Erst im 3. Lebensjahre zeigt sich der Charakter von Drüsen. Vom 5. Lebensjahre nimmt die Entwicklung und Neubildung progressiv zu, bis zum Eintritt der Pubertät und hält sich auf gleicher Höhe. Tritt dann Schwangerschaft ein, so erfolgt wieder eine vermehrte Neubildung. Beim Nahen des Klimakteriums atrophieren die Drüsen und bei der Altersatrophie verschwinden die Drüsen. Es sind also gewisse Entwicklungsstufen vorhanden und die Entwicklung geht parallel der Entwicklung, dem Aufblühen, der Reife und dem Verwelken des Geschlechtslebens der Frau vor sich.

Rubaschkin (Petersburg), Über die Veränderungen der in den Follikeln verbleibenden Eier. R. W., 1907, 12, 13.

Die Zahl der reifen, in den nichtgeplatzten Follikeln zurückbleibenden und sich rückbildenden Eier ist eine sehr große. Beim Meerschweinchen werden 1—3 beiderseits abgeschieden und 10—20 bleiben zurück, degenerieren und werden resorbiert. Der degenerative Prozeß fängt im Epithel an; durch Karyolysis und Karyorhexis kommt es zum Zerfall des Chromatins, Verflüssigung des Protaplasma, so daß zuletzt ein Bläschen mit Chromatinstückchen zu sehen ist. Dann tritt Bindegewebswucherung, Resorption des flüssigen Teiles ein. Das Protoplasma teilt sich, es entsteht das Bild der Furchung, was manche bewogen hat, eine parthenogenetische Teilung anzunehmen. Es ist aber

das Resultat polarer Teilung, nicht der Furchung und muß als atrophische Erscheinung mit Bildung von Hohlräumen aufgefaßt werden. Es ist daher nicht Parthenogenese, sondern Erscheinung regressiver Prozesse.

Nowikow (Moskau), Beiderseitige Aplasie der Müllerschen Fäden bei der Frau. J. A., XXI, 2.

23jährige, sonst gut entwickelt, aber mit fehlender Menstruation, statt dessen heftige, 1—2 Tage dauernde Schmerzen. Schmerzen beim Koitus. Äußere Geschlechtsteile schwach entwickelt, die großen Labien bedecken nicht die kleinen. Hymen und Hymenalreste fehlen. Ein kurzer, 3 *cm* langer Blindsack bildet die Scheide. Per rectum fühlt man im Becken 2 ganz getrennte Körper ohne Zusammenhang mit der Scheide.

Laparotomie. Rechts findet man die Niere und neben ihr das Ovarium mit einer rudimentären Tube (akzessorische). Links nur Ovarium, noch höher Uterus; Tuba, Lig. lat. fehlen.

Seltene Mißbildung, abhängig nach Ballowitz von mangelhafter Entwicklung der Wolffschen Gänge, was zur Aplasie der Müllerschen Fäden führt. Von Daniel sind 9 Fälle gesammelt. Es fehlen immer Uterus, Tuba, Lig. lat., Scheide. Akzessorische Tuben kommen vor, die von den rudimentären zu trennen sind. Nach der Kastration schwand die Dysmenorrhöe.

Okintschitz, Über die gegenseitige Abhängigkeit der Gland. thyreoid. und des Ovariums. Aus dem kaiserlichen Institut für Geburtsh. u. Gynaek. J. A., 1907, XXI, 12.

Die Thyreoidea und das Ovarium sind beides Organe mit innerer Sekretion und ihre Sekrete haben eine entgegengesetzte Wirkung. Bei Ausfall der ovariellen Sekretion, so bei Schwangerschaft und Klimax, vergrößert sich die Thyreoidea. Thyreoidin beschleunigt den Puls, vermehrt die Blutgerinnung, Oophorin verlangsamt den Puls, verringert die Blutgerinnung. Das Sekret der Thyreoidea regt den Organismus zur Ausscheidung, d. h. Neutralisierung, Vernichtung derjenigen Stoffe an, die durch innere Sekretion einzelner Organe (Ovarium) erzeugt werden und welche eine starke Herzaktion und Nervenerregung bewirken. Ein Überschuß der Stoffe im Organismus ist schädlich. Eine Reihe von Versuchen, um die gegenseitige Einwirkung zu prüfen, wird vorgeführt:

1. 6 Kaninchen wurden die Ovarien und dann die Thyreoidea entfernt. Atembeschwerden treten gleich ein, dann Abmagerung, Erschöpfung, gehen nach 6 bis 9 Wochen auf den Lauf. Kein Myxödem.

2. 6 Kaninchen, entfernt nur die Thyreoidea. Gehen nach 11 bis 36 Tagen auf den Lauf, also früher. Myxödem tritt auf.

3. Junge, noch nicht geschlechtsreife Tiere zeigen nach Entfernung der Thyreoidea ein stärkeres Zurückbleiben in der ganzen Entwicklung, als es bei kastrierten Tieren der Fall ist; gehen früher zugrunde als kastrierte.

4. Kastration hat keinen Einfluß auf die Größe und Entwicklung der Thyreoidea sowohl bei jungen Tieren als auch bei älteren.

Schlußsätze. 1. Die Thyreoidea neutralisiert den Überfluß der von den Ovarien sezernierten Produkte. 2. Die Thyreoidea hat einen spezifischen Einfluß auf die regelmäßige Entwicklung der Ovarien. 3. Entfernung der Ovarien hat keinen Einfluß auf die Thyreoidea.

Oppel (Petersburg), Über die Abhängigkeit der Salpingitiden von der Appendizitis. J. A., 1907, XXI, 12.

Zuweilen schwer zu trennen. Benannt nach dem primären Herde. Täuschung möglich.

C. A., 20 Jahre alt, hat mehrere Anfälle, beim letzten hohe Temperatur und 3monatlicher Abort. Rechts blieb ein dicker Strang, schmerzhaft. Operation. Appendizitis.

Herrmann, Über den Einfluß der Geschlechtsorgane auf Augenerkrankungen. Ophthalmolog. Nachrichten (russ.), 1907, 3 u. 4.

Verf. betont die Notwendigkeit der Schwangerschaftsunterbrechung bei einer Reihe von Augenerkrankungen wie Keratitis ulceros., Retinitis albumin., Katarakt usw. Jede Schwangerschaft verschlimmert den Zustand bedeutend und macht einen heilbaren Fall zu einem irreparabeln. Späte Unterbrechung hilft nichts mehr. Die Schwangerschaft kann schnell zum vollständigen Verlust des Sehvermögens führen. Auch das Stillen ist oft schädlich. Durch erneuerte Schwangerschaft wird der Augenprozeß akut fortschreitend, namentlich in der 2. Hälfte, wo man sich dann schwerer zur Unterbrechung der Schwangerschaft entschließt und damit zu lange zögert.

Skrobanski (Petersburg), Über die Spinalanästhesie in der Gynaekologie. J. A. XXI, 1.

Eine ausführliche Arbeit mit Anführung der gesamten Literatur.

Bei Gebrauch von Tropakokain	5.070	Fälle,	kein Todesfall
„ „ „ Stovain .	2.504	„	7 Todesfälle
„ „ „ Novokain .	750	„	1 Todesfall
ohne Angabe des Mittels . .	2.501	„	2 Todesfälle
Im ganzen	10.825	Fälle,	10 Todesfälle

Verf. hat in 25 Fällen Stovain und in 25 Tropakokain angewandt, 1 cm^3 einer 5%igen Lösung, also 0·05 Substanz, Stovain mit Zusatz von 0·0001 Adrenalin. Die Anästhesie war vollkommen in 33 Fällen, trat nicht ein in 2 Fällen, war nicht vollkommen in 15 Fällen. Von Komplikationen traten auf Übelkeit und Erbrechen 6mal, Cyanose 5mal, Kopfschmerzen am ersten und auch zweiten Tage 13mal. Temperatursteigerung bis 38·4 am Tage der Operation 13mal. Tropakokain wirkt besser und sicherer als Stovain und hat weniger Folgeerscheinungen.

Proschanski, Über den Einfluß von Argent. colloid. Credé auf das Herz und Blutgefäßsystem der Warmblüter. R. W., 1907, 30.

Schlußfolgerungen: 1. Kollargol in großen Dosen (0·03 pro Kilogramm) wirkt günstig auf das Herz. 2. Auf das Koronarsystem wirkt es gefäßkontrahierend, das isolierte Herz bleibt kontrahiert. Es ist rationell, Spermintabletten zugleich mit Kollargol in großen Gaben zu benutzen. Kleine Gaben wirken gar nicht.

Prawossudo, Nabelschnurverknotung bei Zwillingen. M. O., 1907, 6.

Zwillinge in Beckenendlage. Bewegungen gefühlt bis zum 9. Monat, einen Monat vor der Geburt. Früchte mazeriert. Plazenta nach 15 Minuten. Gemeinsames Amnion. Die Nabelschnüre ineinander gewunden, gleichsam eine Schnur bildend. Beim Aufwickeln zeigt sich eine Umschnürung der einen mit Knotenbildung. Der Knoten fest zugezogen. Solche Fälle sind von Fritsch beschrieben. Sie sind selten. Zwillinge kommen in 1:80 vor. Auf 388 Zwillinge ein Fall mit gemeinsamem Amnion, also 1:35.000. Knotenbildung kommt dabei selten zustande.

Semiannikow, Die Hypnose in der Geburtshilfe. J. A., 1907, XXI, 2.

Ausgehend von Wyders Urteil in Winckels Handbuch, daß die Hypnose keinen Nutzen bringt und Charlatanerie ist, sucht Verfasser zu beweisen, daß durch Hypnose der Verlauf der Geburt schmerzlos gemacht werden kann, wofür er Autoren anführt. Durch Wyders Urteil lasse man sich nicht abschrecken. (Die Hypnose wird, glaube ich, nur in Moskau angewandt und es gibt spezielle Ärzte, deren einzige Beschäftigung darin besteht, durch Trainierung die Patientin so empfänglich zu machen, daß die Geburt im hypnotischen Schlafe schmerzlos verläuft. Folgender Fall belehrte mich von der Wirksamkeit derselben. Einer Patientin, die zur Prolapsoperation ins Hospital

trat, hatte ihr Arzt suggeriert, daß sie beim Beginn der Operation einschlafen und nichts fühlen solle. Die Operation wurde in 2 Sitzungen gemacht und beidemal schlief Patientin von selbst ein und fühlte nichts, bis sie geweckt wurde. Solche Beispiele zwingen einen um so mehr, gegen die Hypnose anzukämpfen, denn dem Mißbrauch stehen Tür und Tor offen. Ref.)

Mussatow (Moskau), Vorzeitige Lösung der Plazenta. M. O., 1907, Nr. 6.

Schwere Geburtskomplikation. Brauns 51 gut beobachtete Fälle gaben 25% Sterblichkeit. Von Verf. 3 Fällen verliefen 2 tödlich.

1. Fall. 32 Jahre alt. 8. Schwangerschaft. 2 Wochen vor dem Termin tritt infolge eines Falles akute Anämie auf. Keine Wehen. Uterus gespannt, schmerzhaft. Blutung aus der erhaltenen rigiden Zervix, die sich nicht dehnen läßt. Verschiedene Versuche, schließlich Armexartikulation. Wendung auf den Fuß, Extraktion. Hochgradige Blutleere. Nach 1½ Stunden Tod.

2. Fall. 43 Jahre. 12. Schwangerschaft. Blutung, keine Wehen, akute Anämie. Narkose. Wendung. Extraktion. Uterus schlaff. Nach 2 Stunden Tod.

3. Fall 19. Jahre. 10 Monate Zervix erhalten. Starke Blutung. Erweiterung mit Hegar, dann Finger. Wendung. Kind lebt, Mutter erholt sich.

Charakteristisch ist plötzliches Einsetzen. Spannung des Uterus ohne Wehen. Nach Blasensprung Fortdauer der Blutung. Schnelle Beendigung der Geburt angezeigt.

Jurassowski, Über Frühgeburten. Geburtsh. gynaekol. Gesellsch. der Moskauer Univ., Sitzung 171, X. Prot.

Die Frühgeburten können und müssen erhalten werden. Nach Ahlfelds Ausspruch müsse jedes Kind, das atmet und sich bewegt, leben bleiben, schon Kinder von 600·0 Gewicht an. Die Leitung des städtischen Asyles in Petersburg von de Hubert ist vorbildlich. Zuerst Sondenfütterung, dann durch die Nase und zuletzt Brust. Kinder gedeihen. Sterblichkeit ist 10·2% gegen 55—65% in den Findelhäusern Petersburgs und Moskaus.

Dawidow, Vergleichende Beurteilung der Behandlungsmethoden von Geburten bei Beckenenge mäßigen Grades. R. W., 1907, 37.

Polemisiert gegen Pubiotomie und Kaiserschnitt. Stellt das mütterliche Leben viel höher als das der Kinder, dasselbe darf nicht einer Gefahr ausgesetzt werden, wo das Leben des Kindes zweifelhaft ist. Perforation ist indiziert und nicht zu spät, ebenso Frühgeburt, beide schonen die Mutter, worauf in erster Linie zu achten ist.

Führt 4 Fälle an, die mit hoher Zange beendet wurden. Vor der Pubiotomie ist Zangenversuch indiziert.

Pasternak, Zur Retention abgestorbener Früchte. J. A., 1907, XXI, 4.

Bei einer Patientin im 2. Monat der Schwangerschaft wurden von einem griechischen Arzt in Kreta Uterusausspülungen wiederholt gemacht, wobei bei der dritten starke Blutungen eintraten; Schmerzen, die 10 Tage lang anhielten. Nach dieser Blutung hatte kein Koitus mehr stattgefunden. Als Verf. nach 3 Monaten sie sah, fand er eine Gebärmutter entsprechend dem 4. Monat der Schwangerschaft, konnte aber eine Weiterentwicklung der Schwangerschaft von früher sich nicht vorstellen und verordnete nach einem Monat Maßnahmen, die zum Abort führten. Es wurden Zwillinge (gegen 4 Monate alt), klares Fruchtwasser und normale Plazenta ausgestoßen. Trotzdem behauptet Verf., die Früchte seien tot und 4 Monate retiniert worden. Führt auch seinen Fall fast als Unikum an.

Balaschow, Über Missed labour. R. W., 1907, 37.

Durch Typhus trat im 7. Monat Fruchttod ein. Die Frucht war lange zurückgehalten, 3 Jahre, zersetzte sich. Bei der Entfernung wurde der Uterus links am Fundus von einem Knochen perforiert.

Laparotomie. Vernähung der Öffnung. Drainage zur Scheide und zur Bauchwunde. Heilung. (Ist kein Fall von Missed labour. Ref.)

Fedorow, Über Zentralruptur des Dammes. Pract. Wratsch, 1907, 29—31.

1. 26jährig. 1. Geburt, 54 Stunden Dauer. Beim Durchschneiden des Kopfes starke Dehnung des Dammes; zentraler Riß geht in die hintere Scheidenwand tief bis zum Gewölbe.

2. 35jährig. 2. Geburt. Damm nach der ersten Geburt genäht, Riß beim Durchschneiden des Kopfes. 20 Nähte.

3. 20jährig. Riß beim Durchschneiden des Kopfes. Die Brücke später durchtrennt.

4. 29jährig. 1. Geburt. Riß fing im Zentrum an. Brücke durchschnitten. 28 Nähte.

Verf. empfiehlt, prophylaktisch den Damm zu spalten.

Jakub (Moskau), Über die Anwendung der Zange in der Privatpraxis. Pirogowscher Kongreß 1907.

327 Fälle. Erfolg ist gut. Verletzungen und Erkrankungen sind nicht häufiger als bei Spontangeburten. Schwere Zangen sind nur auf strenge Indikationen hin anzulegen.

Mikertschianz, Mola racemosa. Med. Obosz., 1907, Nr. 17.

15 Jahre alt. Gravid 3 Monate. Uterus entspricht einer $4^1/_2$monatlichen Schwangerschaft. Blutung. Nach Tamponierung Ausstoßung einer 945·0 *g* schweren Mola racemosa. Genesung.

Abuladse, Zur Technik der Plazentarentfernung. J. A., XXI, 9.

Empfiehlt, zur Verstärkung der Bauchpresse die Bauchdecken in Falten parallel zur Lin. alb. zusammenzunehmen und dann pressen zu lassen. Dadurch geht die Kraft zur Kontraktion der schlaffen Bauchdecken nicht verloren und die Presse wirkt mehr direkt auf den Uterus. Die Plazenta muß schon gelöst sein.

Utrobin, Über Kraniorachischisis. J. A., XXI, 11.

Fehlen der Knochen bis zum Kreuzbein. Die Rückenwirbel gespalten. Eine dünne durchsichtige Haut bedeckt das Gehirn und Rückenmark. Mit schwachen Lebenszeichen geboren.

Schleier, Zwei Fälle von Inversio uteri. J. A., XXI, 1.

1. 23 Jahre, vor 4 Monaten geboren. Zug an der Nabelschnur hatte stattgefunden. Vollständige Inversion. Operiert nach Küstner.

2. 20 Jahre, vor $1^1/_2$ Monaten geboren, keine schwere Geburt. Nach vergeblichen Versuchen wird auch nach Küstner mit Erfolg operiert.

Siablow, Komplizierte Mißgeburt. Wratschebnaja gasetta, 1907, 14.

Ein 2600·0 *g* schweres Kind zeigte: eine große weiche Geschwulst mit flüssigem Inhalt vom Stirnbein ausgehend, bis zum Schlüsselbein herabhängend. Im Knochen eine Öffnung zu fühlen, eine 2. ebensolche nur kleinere Geschwulst. Doppelte Hasenscharte mit Bürzelbildung. Wolfsrachen. Rechts ein mangelhaft entwickelter Oberarm. Links Fehlen des Oberarmes. Rechts Pes varus. Nach 10 Tagen Tod. Eltern Alkoholiker.

Tichow (Tomsk), Über die Implantation der Harnleiter ins Rektum. Chirurgia, 1907, 7.

14 Fälle operiert. 9 mit gutem, 2 Jahre anhaltendem Erfolg. 5 Fälle endeten letal an Pyelonephritis und Fehlern bei der Operation.

Grusdew (Kasan), Scheidenblasenfistel, kompliziert durch Vorfall und Einklemmung der Blasenwand. R. W., 1907, 4.

Nach der 5. Geburt trat Harninkontinenz ein und gleichzeitig Hervortreten einer Geschwulst aus der Scheide. Bei einer schweren Arbeitsleistung vergrößerte sich die Geschwulst, erreichte Apfelsinengröße und Schmerzen traten auf. Beim Eintritt in die Klinik fand man eine Geschwulst mit gangränöser und leicht blutender schmerzhafter Oberfläche. Selbe erwies sich als die durch eine Scheidenfistel vorgefallene und eingeklemmte Blasenwand. Uterus retroflektiert. Die gangränöse Oberfläche stieß sich ab und die Geschwulst ließ sich allmählich reponieren.

Die Fistel wurde geschlossen. Sie war von der Größe eines Zweimarkstückes.

Tichow (Tomsk), Fremdkörper in der Scheide. Chirurgia, 1906, X.

1. Entfernung eines Ringes aus Weidenruten, umwickelt mit Lappen und mit Wachs überzogen.

2. Entfernung eines einer 70jährigen von ihrem Mann eingeführten Holzzylinders mit dickerem Ende und mit 3 Nadeln als Widerhaken.

Muratow, Metrorrhagien infolge von Syphilis. M. O., 1907, 1.

Weist darauf hin, daß bei manchen hartnäckigen Gebärmutterblutungen, bei denen alle Mittel erfolglos bleiben, antisyphilitische Kuren zuweilen einen glänzenden Erfolg haben. Verf. hat mehrere solche Fälle erlebt und wünscht die Aufmerksamkeit auf sie zu lenken.

Ssudakow, Lithopädion von 6jähriger Dauer. J. A., XXI, 12.

Operiert eine Patientin, bei der vor 6 Jahren Zeichen von Extrauteringravidität aufgetreten waren. Er kommt zum Schlusse: 1. Das Lithopädion ist im Anfang kein toter Körper, sondern stirbt allmählich ab mit zunehmender Verkalkung. 2. Durch die sich bildenden Verwachsungen wird das Lithopädion ernährt, 3. Der Verkalkungsprozeß geht sehr langsam vor sich. Das Fortleben bis zur Verkalkung erklärt es, warum keine Verjauchung eintritt.

Kusmin (Saratow), Über Echinokokkus der Becken- und Bauchhöhle und der Bauchdecken. Chirurgia, 1906, XII.

3 Fälle: 1. Im Douglas und rechten Ovarium; 2. in den Bauchdecken; 3. im Ovarium und Leber. Nicht diagnostiziert. Operation. Heilung.

Kusmin, Zur Frage der Menstruation.

Echinokokkus der linken hinteren Wand des Uterus, Supravaginalamputation. Die Menstruation wurde nicht gestört, blieb regelmäßig. Weist auf ähnliche Beobachtungen in der Literatur hin.

Dorf, Ein Bruchsack, den Uterus enthaltend. R. W., 1907, 30.

In einem Bruchsacke rechts in der Leistenbeuge fand man den fibrös degenerierten Uterus mit dilatierten Tuben und zystisch degenerierten Ovarien. Alles wurde abgetragen.

Bogoliubow, Über Elephantiasis der Brustdrüsen. R. W., 1907, 13.

18jährige Patientin. Umfang der Brustdrüse rechts 45, links 44 *cm*. Länge rechts 31, links 37 *cm*. Entwicklung schubweise unter Fiebererscheinungen. Reseziert rechts 8, links $10^1/_4$ Pfund. Mikroskopisch Bindegewebshyperplasie.

Wahrhaftig (Odessa), Elephantiasis labii minoris sinistr. J. A., 1907, XXI, 12.

18 Jahre alt, 2 Jahre verheiratet, nicht geboren. 4 Monate eine Geschwulst, jetzt kindskopfgroß, von der linken, kleinen Schamlippe ausgehend, zum Schamhügel hinziehend. Oberfläche höckerig, mit verdickter Haut bedeckt. Die großen Labien ödema-

tös. Operiert: weiches, blutleeres Gewebe mit vielen erweiterten Lymphgefäßen. Das gewöhnliche Bild elephantiastischer Verdickungen. Ätiologie bleibt unaufgeklärt.

Bogoras (Tomsk. Klinik), Primäres Karzinom der Klitoris. Wratsch. Gasett., 1907, Nr. 39—40.

2 Fälle. 1. 80jährige. 3 Monate krank, taubeneigroße Geschwulst, höckerig, blutet. Operiert: Plattenepithelkrebs. Nach 4 Monaten in der Hüftbeuge eine hühnereigroße Geschwulst; wird operiert. 2. 61jährige. Im Laufe von 6 Monaten bildet sich eine blumenkohlartige Geschwulst, von der Klitoris ausgehend. Operiert.

Tschernow (Moskau): Teratome des Beckenzellgewebes. Chirurgia, 1906, XI.

50 Jahre alt. 5 Jahre eine Geschwulst am Kreuzbein, Bildung 2 Fistelgänge, zeitweise Eiterausfluß. Eine Fistel 7 *cm* über der Glutäalfalte, die andere links von der Mittellinie. Operation, Resektion des Steißbeins, Levator ani durchschnitten. Darüber eine Geschwulst. Resektion des Kreuzbeins bis zum 3. Wirbel. Auslösung einer Geschwulst aus der Fossa ischiadica und dann einer Zyste vor dem Zellgewebe der Glutäalgegend. In der Geschwulst Haare, ein Knochen und noch verschiedene andere Bildungen. Gewebsteile nur mikroskopisch differenzierbar.

Riwkin, Zur Kasuistik der Mißbildungen. W. T., 1907, 9.

Fehlen der Stirn- und Scheitelbeine und der harten Hirnhaut. Gehirnwindungen vorhanden. Das Kind trank und atmete gut, schrie nicht, lebte 2 Tage.

Petrow (Petersburg), Impfversuche mit Embryonalgewebe. R. W., 1907, 7.

Das exstirpierte Gebärmutterhorn des trächtigen Meerschweinchens wird verrieben und von der Emulsion Injektionen in die Niere oder Hoden gemacht. Die kleine Verdickung wurde meist schnell resorbiert, zuweilen bildete sich eine wachsende Geschwulst 1—2 Monate, die dann resorbiert wurde. Die Geschwulst bestand aus Bildungen aller drei Keimblätter, einzelne Teile zeigten Formen von Gliedern. Das Überwiegen eines bestimmten Gewebes war nicht zu konstatieren.

Thomson (Odessa), Über Harnleiter-Scheidenfisteln. J. A., 1907, XXI, 3.

Solche Fisteln verheilen zuweilen von selbst, so auch in einem vom Verfasser beobachteten Falle nach einer Kolpotomie. In einem anderen Falle, wo sich die Fistel nach der 7. Geburt (Wendung) gebildet hatte, wurde nach Witzels Methode operiert. Verlauf gestört, fieberhaft. Es bleibt noch eine Bauchdecken-Ureterenfistel. Dazwischen Erscheinungen von Pyelonephritis. Verfasser glaubt, daß die Blasenimplantation des Ureters zu Verengerungen des Kanals und Nierenerkrankungen führt. Das richtigste ist bei gesunder anderer Niere die Exstirpation der entsprechenden Niere.

Rjabinzewa-Preobraschenskaja (Petersburg), Ein Fall von Fistula cervico-vaginalis. J. A., 1907, XXI, 5 u. 6.

Diese Fisteln sind meist instrumentellen Ursprungs und finden sich häufiger in der hinteren Lippe. Im betreffenden Falle wird eine Amputation der Vaginalportion gemacht.

Raspopowa-Winogradowa (Odessa), Fistel nach Scheidenverletzung. R. W., 1907, 32.

Bei dreimonatlicher Schwangerschaft entsteht beim Koitus Perforation der Scheide ins Rektum, Fistelbildung. Geburt normal. Nach $2^1/_2$ Jahren operiert in der Klinik.

Grusdew (Kasan), Fremdkörper in der Bauchhöhle. R. W., 1906, Nr. 30.

Patientin 58 Jahre alt, wurde vor 7 Jahren schon an einer Zyste operiert, fühlt sich wohl und nur im letzten Jahre wurde sie belästigt von einem Fremdkörper, der in der Nabelgegend die Haut durchbohrte. Im Douglas fühlt man bei der Untersuchung den Griff der Zange. Douglas eröffnet und die Zange extrahiert: eine Terriersche,

22 *cm* lange und am Griff 7 *cm* breite Klemmzange. Die ganze Zange war überzogen mit einer dünnen, 1—1·5 *mm* starken, festen, weißen Membran und nur die Spitze war frei. Auffallend, daß in 7 Jahren keine Störungnn hervorgerufen wurden.

Agarew, Zweiter Fall von vollständigem Mangel des Uterus und seiner Anhänge. Ref. aus J. A., 1907, XXI, 5.

25jährige. 1 Jahr verheiratet. Fehlen der Regel. Inkontinenz des Harns. Die Scheide 5 *cm* lang, für einen mittleren Finger durchgängig. Das Ende erweitert, blind endend. In der Mitte der hinteren Scheidenwand eine Öffnung, durchgängig für den kleinen Finger, ins Rektum führend. Harnröhre stark erweitert. Uterus und Anhänge fehlen. Koitus geschah in die Harnröhre. Die Öffnung in der Scheide vom Manne durch Einführen eines zugespitzten Stockes erzeugt.

Ratschinski (Petersburg), Ein Projekt zur Organisation des Kampfes mit dem Gebärmutterkrebs. J. A., 1907, XXI, 3.

Im Mai 1906 war eine Kommission gewählt worden, die ein Projekt ausarbeiten sollte. Verfasser als Präses teilt die Resultate mit. Die Kommission schlägt vor: 1. Eröffnung neuer Ambulatorien für gynaekologische Kranke. 2. Einrichtung und Eröffnung eines Laboratoriums, wo unentgeltlich die zugeschickten Objekte mikroskopisch untersucht werden. 3. Benachrichtigung aller Ärzte und Hebammen von der Eröffnung des Laboratoriums und Hinweis auf die Wichtigkeit der Frühdiagnose. Schilderung der ersten Symptome. 4. Populäre Vorträge und Broschüren sind zu verteilen. 5. Gründung eines Krebsinstitutes. 6. Verbreitung der Kenntnisse über den Krebs durch Vorträge in der Gesellschaft „Volksuniversität".

Saretzki (Petersburg), Papilläre Geschwülste der Tuba Fallopii. J. A., 1907, XXI, 9.

Es kommen vor: Papillome, Karzinome, Sarkome. Verfasser unterwirft die veröffentlichten und beschriebenen Fälle einer Nachprüfung, sucht verschiedene Formen zu trennen und kommt zur Aufstellung folgender Gruppen: 1. Gutartige Papillome. 2. Gutartige Adenopapillome. 3. Bösartige Adenome. 4. Adenokarzinome. 5. Alveolarkarzinome. 6. Verschiedene Sarkome.

Bei den Organen, wo keine Drüsen sind, können die Wucherungen als Inversion und Eversion Drüsenformen annehmen und Drüsenneubildung simulieren, und solche könnte man Adenoidkarzinom nennen.

Die betreffende Literatur ist angeführt und kritisch geprüft. 1899 waren 24 Fälle in der Literatur, jetzt schon über 60. Der Hydrops tubae profluens ist ein Symptom dieser Tubengeschwülste oder auch frühzeitiger Aszites, der anfangs temporär mit Verschwinden der Geschwulst auftritt.

Uschakow (Moskau), Chorioepitheliom der Tuba Fallopii. Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gyn. an der Universität Moskau 1907. Jännersitzung.

Primäre Erkrankung der Tube ist selten. Risel hat 11 Fälle sammeln können.

37 Jahre alt, hat zweimal geboren. Von März bis Mai 1905 Ausbleiben der Regeln, dann 2 Monate lang starke Blutung, seitdem Regeln unregelmäßig.

Uterus vergrößert. Linke Tube wurstförmig, elastisch, fixiert, rechts zwei faustgroße Geschwülste, elastisch fluktuierend.

Laparotomie: Uterus und Adnexe entfernt. Nach 3 Wochen Rezidiv; Tod nach 2 Monaten.

Popow (Petersburg), Primäre Tuberkulose des Uterus. R. W., 1906, Nr. 12.

Kasuistischer Fall. Bei doppelseitigem Zervixriß an der Innenfläche der vorderen Muttermundslippe eine flache Wucherung, leicht blutend, mit exulzerierter Oberfläche.

In der Gebärmutterhöhle an der Vorderwand auch eine begrenzte Stelle hervortretend, blutend.

Mikroskopisch: Tuberkulose mit kleinen Herden und käsigem Zerfall. Riesenzellen. Kochsche Bazillen vorhanden.

Bazillen werden nicht immer gefunden, man muß sich dann mit dem Nachweis von Tuberkeln und Riesenzellen begnügen. Die Erkrankung geht sprungweise weiter, gesunde Partien werden übersprungen. Die Tuben waren hier frei, es muß also primäre Uterustuberkulose sein.

Primäre Uterustuberkulose ist selten, schreitet fort in die Tiefe der Gewebe, die Oberfläche bleibt oft intakt.

Im Anfang der Erkrankung möglichst gründliches, operatives Einschreiten mit Entfernung der Ovarien. In fortgeschrittenen Fällen nur symptomatische Behandlung. Prophylaxe wichtig.

Serenin, Sarkom der Harnröhre. Chirurgia, 1907, 7.

Eine hühnereigroße, 170·0 *g* schwere Geschwulst, entfernt aus der Harnröhre durch Zerkleinern. Genesung.

Mikroskopisch: Spindelzellensarkom.

Luppow (Tomsk), Über Endothelioma uteri. J. A., 1907, XXI, 10.

Die Wucherung ergreift nicht nur die Endothelien der Lymphgefäße, Gewebsspalten und perivaskulären Lymphbahnen, sondern auch die Endothelien der Blutgefäße. Die Geschwulst stammt von einer 50jährigen Patientin, bei der sie sich nicht schnell gebildet hat. Der Uterus war durchsetzt von vielen bis hühnereigroßen Fibromyomen, die Höhle aber war ausgefüllt mit lockeren, schwammigen, leicht blutenden Massen in Form polypöser Bildungen und erwies sich mikroskopisch als Endotheliom.

Lewaschow (Tomsk), Retrozervikales Fibromyom. J A., 1907, XVI, 10.

41jährige Patientin. Ein 1400·0 *g* schweres Fibromyom füllt die ganze Beckenhöhle aus, reicht in die Scheide tief hinein, dieselbe verkürzend und verengend. Die hintere Lippe und die Hinterfläche des Uterus ist in der Geschwulst aufgegangen. Der Uteruskanal, 13 *cm* lang, verläuft an der Vorderfläche der Geschwulst, die 18 *cm* lang und 8·5 *cm* breit ist.

Operation. Totalexstirpation. Genesung.

Orlow (Odessa), Zur Kasuistik der retrozervikalen Fibromyome. R. W., 1907, 36.

53 Jahre, seit 2 Jahren Klimakterium, keine Schwangerschaft. Bemerkte die Geschwulst im 20. Lebensjahre. Größe der Geschwulst gleicht 8 Monate Schwangerschaft von fester Konsistenz. Der Uterus am rechten oberen Teil der Geschwulst, die von der Zervix ausgeht und den Körper freigelassen hat. Geschwulst ausgelöst, die Scheide drainiert.

Kuschtalow, Zur Kasuistik der Dermoidzysten des Ovariums. J. A., 1907, XXI, 2.

Geschwulst von 20 Pfund. Es fanden sich Schädeldeckenknochen mit Gehirn, Wirbelknochen, Teile vom Brustbein. Der Stiel war torquiert.

Kablukow, Die Gefäßunterbindung bei inoperablen Fibromyomen. Chirurgia, 1907, 6.

25 Fälle operiert. Meistens waren die Verwachsungen und technischen Schwierigkeiten zur Entfernung zu groß, 13mal waren multiple Geschwülste, 12mal wurde nur die Spermatica, 11mal die Spermatica und eine uterina und 2mal alle 4 Gefäße unterbunden.

Erfolge sind gut, bei zwei Drittel verringert sich die Geschwulst bedeutend oder verschwindet ganz.

(Fortsetzung folgt.)

Vereinsberichte.

Aus englischen Gesellschaften.

In der Februarsitzung (6. Februar 1907) der „Londoner Gesellschaft für Geburtshilfe“ demonstrierte Bland-Sutton eine Zottengeschwulst des Corpus uteri, die von einer 84(!)jährigen Frau stammte. Die Frau hatte den Eingriff, vaginale Hysterektomie, gut überstanden. Mikroskopisch zeigte sich der Tumor vom Endometrium des Corpus ausgehend und hatte keinen malignen Charakter.

Mrs. Boyd zeigte das Präparat eines diffusen Fibromyoms des Uterus, das sich in der supravaginalen Portion und im Korpus teils intraligamentär, teils subperitoneal entwickelt hatte. Zugleich bestand eine Schwangerschaft im 3. bis 4. Monat. Außerdem zeigte sie ein papilläres, zystomatöses Adenokarzinom des linken Ovariums.

Doran: Ein Chorioepitheliom des Uterus.

Tate: Einen Fall von vereitertem Fibromyom nach einer Entbindung. Ferner einen Fall von gleichzeitiger Tuben- und Uterusgravidität. Die gravide Tube wurde abdominal entfernt. Die Frucht im Uterus wurde ausgetragen und lebend geboren.

In der Märzsitzung (6. März 1907) sprach Doran über einen Fall, den er im Jahre 1901 operiert hatte; es handelte sich um eine Zyste des linken Ovarium und ein Fibrom des linken Ligamentum latum. Nach Entfernung der beiden versenkte er den Stiel zwischen die Blätter des Ligamentum latum. Als er dann im Jahre 1906 die Frau wegen einer neuen Zyste des linken Ovarium relaparotomierte, fand er keinerlei Verwachsungen, die er seiner Methode (Versenkung) zu verdanken glaubte. Spencer, Lewers und Horrocks erwiderten ihm in der Diskussion, daß sie genug Fälle gesehen, wo der Stiel nicht versenkt und derselbe doch frei von Adhäsionen geblieben sei. Das Wesentliche sei eine peinliche Asepsis.

Darwall Smith berichtete über einen Uterustumor, den er für ein Peritheliom hielt. Wegen Metrorrhagien war eine Abrasio mucosae gemacht worden und die mikroskopische Untersuchung des Ausgeschabten ergab einen Tumor, der aus runden, zum Teil etwas spindeligen Zellen bestand und von den Gefäßwänden der kleinen Gefäße ausging. Die Zellen der Drüsen zeigten eine geringe Wucherung. Das mikroskopische Bild des Tumors selbst war das gleiche. In der Diskussion sprach Targett gegen die Ansicht D. Smiths. Zwar handle es sich um eine maligne Geschwulst, doch, wie er meine, um ein Sarkom, ausgehend vom Stroma des Endometrium.

Zum Schlusse demonstrierte noch Blacker ein vereitertes Fibroid des Uterus und ein Chorionepitheliom.

In der folgenden Sitzung am 3. April 1907 sprach Malcolm über die Vorzüge der totalen Uterusexstirpation. Seiner Ansicht nach bilden die Drüsen der zurückgelassenen Cervix uteri häufig den Ausgangspunkt für spätere Entzündungen, wodurch eine Prima intentio fraglich würde, ferner werde die zurückgelassene Zervix schlecht ernährt und bilde so leicht einen guten Nährboden für Bakterien. Er sah ferner nach supravaginalen Amputationen eine langwierige Rekonvaleszenz mit hohem Fieber und blutigen Ausscheidungen aus der Vagina, in einem anderen Falle eine sehr schwere Phlegmasia alba dolens.

In der sehr lebhaften Diskussion stellten sich Doran und Routh auf einen völlig entgegengesetzten Standpunkt. Doran meinte, die Zervix sei ein wichtiger Bestandteil des Beckenbodens, den man nicht als Quantité negligable betrachten dürfe, und Routh war der Ansicht, daß, wenn man bei einem nicht malignen Tumor des Corpus uteri den ganzen Uterus extirpiere, dann könne man auch gleich beide Ovarien oder den Processus vermiformis mitexstirpieren.

Eden hielt beide Operationen für annähernd gut, gab jedoch, gewisse Fälle ausgenommen, der supravaginalen Amputation den Vorzug. Spencer hingegen vertrat in durchaus sachlicher Weise den Standpunkt Malcolms und wies den Vorzug der Totalexstirpation gegenüber der supravaginalen Amputation nach, was Malcolm nicht recht gelungen war.

Demonstriert wurde:

von Russel Andrews: ein Sarkom der Zervix;

von Dauber: ein verkalktes Fibrom, das frei in der Uterushöhle lag;

von Lockyer: primäre tuberkulöse Salpingitis;

von Wise: eine Plazenta von Zwillingen;

Die „Glasgower geburtshilflich-gynaekologische Gesellschaft" hielt eine Tagung am 19. Dezember 1906 ab. In dieser demonstrierten Kerr: Fibromyome des Uterus. Dunlopp: einen faultoten Fötus von 6 Monaten, und McIlroy für K. Kelly: ein Adenokarzinom des Ovariums.

Dann sprach Marshall über einen persistierenden Urachus. Bei einer 43jährigen Frau wollte er die Ventrofixation vornehmen. Bei der Eröffnung des Bauches ergoß sich aus dem Wundwinkel eine klare Flüssigkeit und die nähere Untersuchung ergab, daß es sich um den Urachus handle, der ein für 2 Finger durchgängiges Divertikel bildete. Abtragung bis zur Blase, Naht, hierauf Ventrofixation des Uterus. Dann berichtete er über eine 21jährige Patientin, bei der im 2. Monate ihrer Gravidität nach einem Familienstreite spastische Krämpfe der unteren und oberen Extremitäten und nachher auch des Rückens und Nackens auftraten und 5 Tage andauerten. Ferner noch über einen Fall von Metrorrhagien während der Gravidität. Er glaubte, daß es sich um eine Blasenmole gehandelt hatte und wollte deswegen eingreifen. Bald darauf trat spontan Frühgeburt (m. VI) ein. Plazenta und Frucht waren normal. Marshall nahm daher an, daß es sich um eine Endometritis decidualis gehandelt habe.

Zum Schluß verlas Dr. Oliphant einen Bericht von Mrs. Bates (Australien) über Hochzeitsgebräuche etc. in Westaustralien.

In der Sitzung am 23. Jänner 1907 zeigte Macgregor eine Dermoidzyste des linken und eine kleinere Zyste des rechten Ovariums.

Jardine zeigte einen Anenkephalus, ferner einen Uterus, der post mortem bei einer an Hyperemesis Gestorbenen exstirpiert war. Der Uterus war ohne Besonderheiten, die Blase zeigte Hämorrhagien (im Urin Blut und Eiter), die Leber war vergrößert und schwappend. Dann verlas der Vorsitzende (Oliphant) seine Antrittsrede, in der er über den Stand der Medizin zur Zeit der Union im Jahre 1707 berichtete. Im übrigen betonte er nachdrücklich, daß die medizinische Wissenschaft in Schottland gleich hoch stehe wie im übrigen Europa.

Die folgende Sitzung war am 27. Februar 1907. Kelly demonstrierte einen Uterus duplex mit zystischen Ovarien von einer Zweiundzwanzigjährigen. Die äußeren Organe waren normal, doch fehlte eine Vagina. Jardine einen Fötus mit großer Spina bifida. McIlroy einen Ovarientumor von einer Sechzigjährigen. Jardine sprach über Mortalität und Morbidität der Kinder bei engem Becken. Seine Ausführungen sowie die der Diskussionsredner brachten nichts wesentlich Neues. Nur daß McLennan vorschlug, bei alten I-paren mit rigider Zervix den klassischen Kaiserschnitt zu machen, um der Gefahr des eventuell späteren Uterusprolapses zu entgehen (!).

In der Märzsitzung zeigte Kelly: 1. Geplatzte Tubenschwangerschaft; 2. Karzinom der Zervix, ausgehend von einem kleinen, polypartigen Tumor; 3. Tube und Ovarien, und zwar Pyosalpinx der einen, Ovarialabszeß der anderen Seite. In der Vagina wurden Gonokokken nachgewiesen.

Stark: 1. Multilokuläre Ovarialzyste, die rapide innerhalb 8 Wochen gewachsen war; 2. ein zystisches Ovarium; eine gangränöse Ovarienzyste einer Zweiundsechzigjährigen mit zweimaliger Stieldrehung.

Kerr: 1. Große, multilokuläre Ovarialzyste von einem 14jährigen Kinde; 2. Tuben mit tuberkulösen Veränderungen.

Mc Lellan: 1. Hydrosalpinx von einer Patientin, die mehrere Monate an Metrorrhagien gelitten hatte; 2. eine Vaginalzyste, die für eine Zystokele gehalten war.

Stark demonstrierte ein subseröses Fibrom der Zervix, das $17^1/_2$ Pfund (engl.) wog. Es stammte von einer 40jährigen V-para und war seit 4 Jahren bemerkt. Menstruation regelmäßig. Nur selten Schmerzen und in der letzten Zeit Beschwerden beim Wasserlassen.

In der Diskussion, an der sich Kelly, Kerr und Caskie beteiligten, wußte sich niemand zu erinnern, einen ähnlich großen Tumor gesehen zu haben.

Dann sprach noch Russel über Pruritus vulvae; er empfiehlt, eventuell die Vulva zu exzidieren. Edgar sprach über Kraurosis vulvae.

Die „Nordenglische Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie" tagte am 18. Jänner 1907.

Flavel zeigte ein Hypernephrom der linken Niere, welches das Becken und die unteren Partien des Bauches ausgefüllt hatte. Laparotomie. Heilung. Hellier demonstrierte ein

polypöses Fibroid der Zervix, das die ganze Vagina ausgefüllt hatte und durch seine höckerige Form ein Blumenkohlgewächs vorgetäuscht hatte. Wallace einen Uterus, den er wegen Zervixkarzinom nach der Methode Wertheim entfernt hatte. Zahlreiche infiltrierte Drüsen. Bei ca. 20 Fällen, die er nach dieser Methode operierte, hatte er eine Mortalität von nicht ganz 30%. Roberts: ein Fibroid des Uterus von 32 Pfund (engl.), und Bishop: ein Präparat, das die Vorteile der „vorderen" vaginalen Hysterektomie beweisen sollte, ferner ein Präparat einer Tubargravidität, die nach Anamnese und Befund für eine Pyosalpinx gehalten war.

In der Februarsitzung (15. Februar 1907) zeigte zunächst Stookes einen Tumor des linken Ovariums, der zum Teil ein Dermoid mit grützartigem Inhalt, Haaren und Knochenstückchen, zum Teil ein Adenom darstellte.

Briggs und Emrys-Roberts: das Präparat von einem Zervixkarzinom mit Pyometra. Bei der Operation gelangte Eiter in die Bauchhöhle und infolgedessen starb die Frau am 4. Tage. Zu gleicher Zeit bestand noch eine Zyste eines Ovariums und ein Fibrom des anderen; ferner demonstrierte er Adnexe mit gonorrhoischer Salpingitis.

Gemmel: das Präparat einer doppelten Pyosalpinx, die der Anamnese nach zehn Jahre bestand.

Stookes: eine multilokuläre Ovarialzyste, mit der der Appendix verwachsen war.

Backer-Young: eine Sicherheitsnadel, die er aus der Vagina eines achtjährigen Mädchens entfernt hatte, nachdem sie dort 2 Jahre gesessen und ständige Hämorrhagien verursacht hatte.

Dann sprach Donald über einen Fall von gleichzeitiger Uterusschwangerschaft, die durch eine Tubenschwangerschaft kompliziert war. Eine Frau bemerkte am 3. Tage post partum (Frühgeburt m. VII) eine Schwellung im Bauch, die bis zum Hypogastrium reichte. Bei der Laparotomie, 8 Wochen post partum, entpuppte sich der Tumor als eine abgestorbene Frucht, die sich in der linken Tube entwickelt hatte und allem Anschein nach mit der anderen gleichalterig war.

Gunnel demonstrierte ein Fibrom des rechten Ovariums mit Stieldrehung.

Stookes sprach über einen Fall von perniziösem Erbrechen. Bei einer II-para (Potatrix) bestand seit dem 2. Monat Hyperemesis. Im 7. Monat wurde das Erbrochene kaffeesatzartig und zugleich trat blutiger Urin auf. Bei der Einlieferung ins Spital machte die Pat. einen sehr anämischen Eindruck. Fötale Herztöne waren nicht zu hören, die Kindesbewegungen hatten seit 1 Monat aufgehört. Trotz reichlicher Kochsalzinfusionen etc. starb Pat. am 2. Tage. Bei der Sektion war der ganze Darm mit Blut gefüllt, eine Ulzeration des Magens konnte nicht nachgewiesen werden. Das Herz zeigte eine geringe frische Endokarditis, sonst wurden keine wesentlichen pathologischen Veränderungen an anderen Organen gefunden.

In der Diskussion meinte Brigge, daß der plötzliche Tod und die intestinale Blutung nichts mit der Hyperemesis zu tun hätten. Roberts suchte die Ursache des Erbrechens im Alkoholismus der Pat. Fothergill wies auf das Fehlen der Leberveränderungen hin. Seiner Ansicht nach soll man bei Hyperemesis, falls eine Vergrößerung der Leber auftritt, gefolgt von einer Verkleinerung, sogleich die Frühgeburt einleiten.

In der Sitzung am 15. März 1907 zeigte Martin: einen Uterus von einer 60jährigen Frau mit Adenokarcinom und Zellmetaplasie.

Stookes: eine vereiterte multilokuläre Ovarialcyste. Seit 2 Jahren bestanden unregelmäßige Menses. Ferner ein Ovarium, das mit dem Proc. vermiformis verwachsen war.

Cuff: doppelseitige Ovarialzysten und eine Hydrokele des Canalis Nuckii: Hierauf berichtete er über einen Fall von Fibroid des Uterus bei gleichzeitiger Schwangerschaft. Der Tumor wurde enukleiert und die Gravidität blieb fortbestehen.

Dr. A. Cuff sprach dann über eine geplatzte Tubargravidität. Die Frau war plötzlich mit heftigen Schmerzen im Unterleib erkrankt. Als er sie zuerst sah bot sich das Bild einer heftigen internen Blutung. Der Puls war kaum zu fühlen. Bei der gleich ausgeführten Laparotomie zeigte die rechte Tube, gerade an ihrem Übergang in den Uterus eine ganz kleine Schwellung und eine minimale Perforationsöffnung. Zur vollständigen Entfernung der rechten Tube mußte er einen Keil aus dem Uterus schneiden.

Gemmel berichtete über einen Fall von Cervixkarzinom bei einer 38jährigen Frau, die er nach der Methode Wertheim operierte.

Zum Schluß gab Wallace eine neue Technik der Ventrofixation an. Nach Eröffnung der Bauchhöhle wird das Peritoneum in einer Linie, die sich von der Mitte der Excavatio vesicouterina bis zum unteren Winkel der Bauchwunde erstreckt, zirka alle 3 *cm* mit Klammern leicht gefaßt. Hierauf wird eine Nadel mit langem Catgutfaden so durch den tiefsten Punkt der Excavatio ves. ut. und Uterusmuskel gelegt, daß ein Ende lang, das andere kürzer bleibt, und der Faden fest geknotet. Dann werden der Reihe nach die einzelnen Klammern abgehoben und wird jedesmal das Peritoneum mit dem längeren Faden durchstochen, an den Uterus gezogen und mitttelst des kürzeren Endes dort festgeknotet. Wenn so die letzte Klammer, die am unteren Wundwinkel liegt, abgenommen ist, wird die gewöhnliche Ventrofixation angeschlossen. Nach Angabe des Verf. soll dann ein vollständiges Septum zwischen der oberen und unteren Fixationsstelle entstehen.

Die Geburtshilfliche Gesellschaft zu Edinburgh tagte am 9. Jänner 1907. Porter teilte einen Fall von Albuminurie mit, die infolge Druckes auf beide Ureteren durch eine multilokuläre Zyste des Lig. lat. entstanden war. Die Albuminurie setzte plötzlich ein zugleich mit Ödemen der unteren Extremitäten. Nach erfolgter Operation schwand die Albuminurie nach einigen Wochen. Dann demonstrierte Haultain verschiedene Präparate, darunter ein kleinzelliges Sarkom des Uterus, das bereits auf das Peritoneum und benachbarte Organe übergegriffen hatte. Trotzdem ging es der Pat. jetzt nach 7 Monaten noch gut, ferner einen Uterus mit perforierendem Abszeß. Es handelte sich um Septikämie nach Abort und Pat. wurde nach Ansicht des Verf. durch den operativen Eingriff gerettet. In der Februarsitzung (13. Februar 1907) sprach er über 30 Fälle von Zervixfibromen, die durch abdominale Hysterektomie beseitigt waren. Die Symptome waren in fast allen Fällen Beschwerden von seiten der Blase oder Urethra, in 10 Fällen bestanden ernste Metrorrhagien. 3 Patientinnen starben, zwei nach Ansicht des Verf. infolge Infektion vom Rektum aus, eine infolge der Nekrose, in der sich der Tumor befand.

Dabie empfahl eine neue Methode der Entbindung bei schwierigen Vorderhauptslagen. Man soll die Zange so anlegen, daß die Konkavität der Beckenkrümmung nach dem Kreuzbein sieht, hierdurch trete die gewünschte Beugung des Kopfes ein. Nachdem noch Barbour über 2 Fälle von Hysterektomie bei bestehender Schwangerschaft wegen Uterusmyom berichtet hatte, zeigte er ein Fibrom des Ovarium, eine geplatzte Ovarialzyste mit Pseudomyxom des Peritoneums und ein Dermoid des Ovariums mit Stieldrehung. Außerdem zeigte Ballantyne noch angeborene Zystennieren und ein Kind mit Spina bifida.

In der Märzsitzung (13. März 1907) sprach Halliday über Morbus Basedowii und seine Beziehungen zur Gynaekologie. Er führte aus, daß verhältnismäßig selten Morbus Basedow aufträte als Begleiterscheinung zu Erkrankungen des weiblichen Sexualapparates, obgleich doch die Thyreoidea während der Menstruation und in den letzten Monaten der Schwangerschaft physiologische Veränderungen eingehe. Meist bestehe bei Morb. Bas. Menorrhagie. Trete die Erkrankung vor der Pubertät ein, so bleiben die Sexualorgane infantil und hieraus resultiere Amenorrhoe, die auch eintrete, wenn die Krankheit sehr lange dauere. Schwangerschaft verschlechtere die Prognose, doch habe die Erkrankung auf den Verlauf derselben kaum irgend welchen Einfluß. Hierauf zeigten Brewis und Fergusson verschiedene Präparate ohne größere Besonderheiten. Letzterer zeigte eine Photographie aus Westafrika von Sechslingen; die Frau hatte bereits einmal Vierlinge und zweimal Drillinge jedesmal von einem anderen Vater.

In der „Britischen Gynaekolog. Gesellschaft (am 14. Februar 1907) demonstrierte Aarons 4 Fälle von Dysmenorrhoea membranacea, das Alter der Pat. schwankte zwischen 15—45 Jahren. Hierauf Dauber: ein Ovarialfibrom von einer 77jährigen(!), ferner ein Fibromyom des Uterus von 30 ℔ engl. Dann hielt der Vorsitzende (W. D. Spanton) seine Antrittsrede über „Die Gynaekologie von heute und vor 50 Jahren".

In der Sitzung am 14. März 1907 zeigte Spanton ein Sarkom des Parovarium, das seit 12 Monaten bemerkt war. Da ein Teil zystisch degeneriert war, wurde es für Schwangerschaft gehalten. Ferner demonstrierte er ein Uterusmyom, das teilweise sarkomatös degeneriert war.

Moullin einen Uterus mit einer 4 Monate alten Frucht. Wegen eines Fibroms, das vielleicht bei der Geburt Schwierigkeiten bereitet hätte, hatte er, trotzdem es sich um eine 22jährige Erstgeschwängerte handelte, den Uterus exstirpiert.

Macnaughton-Jones zeigte ein Präparat von einem Scheidenkarzinom, Bownemann-Jesset ein Karzinom des Ovariums, das auf die Flex. sigmoidea übergegriffen hatte.

Dann sprach Stanmore Bishop über vordere Nephropexie bei Ren mobilis. Querschnitt in der Höhe der Leber. Inzision des Peritoneums und darauf der Nierenkapsel. Zurückstreifen derselben und Fixation des Randes. Dann Gegeninzision auf der Rückseite bis auf die Muskulatur. Zum Schluß Fixation der Niere durch Catgutfäden, welche von der Vorderfläche des Organs durch dasselbe gehen und in der Rückenwunde auf der Muskulatur geknotet werden. Vortr. sah stets guten Erfolg, nur einmal nicht, wo er die Kapsel nicht befestigt hatte.

Die königl. Akademie für Medizin in Irland tagte am 8. März 1907. Smith zeigte einen Uterus mit einem Fibrom im Fundus und einem Karzinom der Zervix. Macan zeigte ein Karzinom des Corpus ut., ferner einen Uterus mit Korpussarkom.

Dann berichtete Gibson über 3 Fälle und Hastings Tweedy über einen Fall von Hebosteotomie, die ersten in England. In der Diskussion wies Macan auf die großen Vorteile des einfachen Eingriffs hin, den jeder Landarzt ausüben könne; auch die anderen Redner: Neil, Smith, Jellett zeigten sich als begeisterte Anhänger, nur der Vorsitzende Purefoy meinte, man solle die Gefahren doch nicht unterschätzen, zumal auch schon tödliche Blutungen vorgekommen seien, im übrigen erkannte er doch die Vorteile der Hebosteotomie an. W. T. Wiemer (Aachen).

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Geburtshilfe.

Federici, Di un nuovo caso di eclampsia gravidica operato e guarito. Gazz. degli ospedali e delle Cliniche, Nr. 62.

Bandler, Some Observations on the Use of forceps and Version from the Standpoint of the Child — with Remarks on Caesarian Section and Hebotomy. Internat. Journ. of Surg., Nr. 5.

Serafini, Ricerche dinamometriche sulla resistenza della parete uterina alla perforazione coll' isterometro. La Rass. d'Ostetr. e Gin., Nr. 5.

Friedemann, Ein Fall von puerperaler Pyämie, geheilt durch Unterbindung der Beckenvenen. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 23.

Gynaekologie.

Bircher, Kombination von Ovarialkarzinomen mit anderen Geschwülsten. Ebenda.

Stern, Über die sogenannte Myomkapsel. Beitr. zur Geburtsh. u. Gyn., Bd. XIII, H. 1.

Uhl, Stumpfkarzinom nach supravaginaler Amputation des myomatösen Uterus. Inaug.-Dissert., Straßburg, April.

Hoffmann, Ein neues Instrument zur Behandlung der Schleimhaut der Cervix uteri. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 22.

Frankenstein, Über vollkommenen Verschluß der Vagina. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 22.

Aus Grenzgebieten.

Silberstein, Die Behandlung der habituellen Verstopfung mit Regulin. Der Frauenarzt, Nr. 5.

Albarran et Papin, Anatomie du bassinet et exploration sanglante du rein. Revue de Gyn., Nr. 2.

Acconci, Ricerche sull' innervazione dell' utero umano. Folia Ginaecologica, Bd. I, H. 1.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: Dr. Oskar Frankl.

Herausgeber, Eigentümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

GYNAEKOLOGISCHE RUNDSCHAU.

ZENTRALORGAN
FÜR
GEBURTSHILFE UND FRAUENKRANKHEITEN.

II. Jahrg. **1908.** **16. Heft.**

Original-Artikel.

Aus der kgl. Universitäts-Frauenklinik zu Greifswald.

Über das Anlegen des Schnittes bei Laparotomien, zugleich ein Beitrag zur Ventrofixation des Uterus nach Olshausen (in Verbindung mit der Pfannenstielschen Schnittführung).

Von Prof. **Max Henkel.**

Seitdem ich jetzt in zunehmendem Maße den von Pfannenstiel angegebenen Schnitt bei meinen Laparotomien benutze, hat sich manches für mich ergeben, was ich sehr zum Nutzen meiner Kranken verwende, manches, was, wie ich glaube, auch allgemeineres Interesse beanspruchen darf.

Wie in der Geburtshilfe die Technik der entbindenden Operation weit zurücktritt hinter die Indikationsstellung und nicht die feinere Kunst ist, so ist es auch mit der Indikationsstellung für die Ausführung unserer gynaekologischen Operationen.

Es kommt für den Erfolg, abgesehen natürlich von der exakten Diagnose und der Beherrschung einer gewissen unerläßlichen Technik, die unbedingt von einem jeden Operateur zu verlangen sind, unendlich viel darauf an, auf welchem Wege wir die Operation ausführen, und es wäre nichts verkehrter, als prinzipiell sich für ein bestimmtes Schema zu entscheiden.

Als Gynaekologen haben wir hinsichtlich der Laparotomien zwei Hauptwege: den vaginalen und den abdominalen. Jeder hat seine ganz spezielle Indikation, die Sache des Wissens und der Erfahrung ist. Im allgemeinen kann man sagen, daß man da, wo man von der Scheide her besser an das Angriffsobjekt heran kann, man diesen Weg wählen soll. Aber dieser Satz hat in den letzten Jahren durch Ausbreitung und Vertiefung unserer anatomischen Kenntnisse erhebliche Einschränkung erfahren. Und diese Wandlungen dürften kaum als abgeschlossen zu betrachten sein. Ich brauche nur unsere beiden Hauptobjekte, das Myom und das Karzinom des Uterus, zu erwähnen. Früher war man recht zufrieden, als Czerny den vaginalen Weg zur Entfernung des karzinomatösen Uterus gezeigt hatte; und heute ist nach allgemeinem Urteil diese Art der Operation nur noch für einige wenige, besonders günstig liegende Fälle als berechtigt beibehalten worden. Und beim Myom war es gerade umgekehrt im Verhältnis zu heute: dieses wurde anfangs ganz ausschließlich abdominal operiert, während heute wohl allgemein die Tendenz jedenfalls überwiegt, diese Geschwülste nach Möglichkeit vaginal anzugreifen.

Die Differentialindikation für das zu wählende Operationsverfahren ausfindig zu machen, ist die Kunst des Operateurs, die oft genug allein den Erfolg in schwierigen Situationen sichert, die über Leben und Tod entscheidet.

Hat man sich zur abdominalen Laparotomie entschlossen, so war für uns Gynaekologen früher und natürlich auch jetzt noch vielfach die gegebene Schnittführung die, daß im Verlauf der Linea alba die Eröffnung der Bauchhöhle vorgenommen wurde.

Im allgemeinen wird der Schnitt möglichst tief nach der Symphyse zu angelegt. Doch ist das weder für alle Zwecke nötig, noch gut. Je weiter wir vom Genitale den Schnitt ablegen können, um so besser und leichter werden wir späterhin die Wunde keimfrei halten. Denn, abgesehen von der Anlegung des Verbandes, wird die Laparotomiewunde des Gynaekologen beim Katheterisieren von nicht ganz geschickter Hand, beim Verabfolgen von Lavements, auch leicht einmal durch Verschieben des Verbandes, verunreinigt. Außerdem läßt sich das Abdomen nach unten, d. h. nach der Schamspalte zu, bei der Operation weniger gut abdecken als nach oben. Und das Gleiche gilt von der Vorbereitung der zu Operierenden, der Desinfektion: die glatte Fläche der Bauchhaut läßt sich besser keimfrei machen als die Gegend nach der Schenkelbeuge zu und nach dem Schamberg. Das alles veranlaßt mich, den Schnitt nie tiefer zu legen, als irgend notwendig ist. Und für eine nicht geringe Anzahl von Operationen läßt sich das auch durchführen; ausgenommen sind eigentlich nur die Fälle, wo ein mühsames Operieren in der Tiefe des kleinen Beckens eine möglichste Freilegung des Beckeneinganges unbedingt erfordert. Sonst aber, bei Myomen, Ovarientumoren etc., ist es nicht nötig, den Schnitt so tief zu legen. Wer nach diesem Prinzip operiert, wird auch finden, daß bei weitem nicht so oft Schwierigkeiten bei der ersten Urinentleerung nach der Operation auftreten, als wenn man, wie das bei Spaltung der Faszie bis an den oberen Symphysenrand heran sich im Verlauf der Operation kaum vermeiden läßt, das Cavum Retzii freilegt.

Bier machte im Zentralbl. f. Chir., Heft 7 und 8, 1906 auf die Notwendigkeit kleiner Bauchschnitte aufmerksam — und ganz mit Recht! Weder hier noch sonst darf ein Schnitt größer angelegt werden, als unbedingt notwendig ist. Aber nichts wäre auf der anderen Seite verkehrter, als den Sinn der Bierschen Forderung dahin zu interpretieren, daß man nun, vielleicht unter Außerachtlassung jeder anderen Erwägung, den kleinsten Schnitt forcieren müßte. Das wäre grundfalsch!

Ganz abgesehen davon, daß die Bauchchirurgie des allgemeinen Chirurgen vielfach andere Verhältnisse bietet als die des Gynaekologen, haben wir uns doch auch von anatomisch-klinischen Erfahrungen leiten zu lassen, die wir gelegentlich sehr zum Nachteil unserer Patienten verleugnen würden, wenn uns das Forcieren des kleinsten Schnittes erstes Gebot wäre. Als einfachstes Beispiel wähle ich die Ovariotomie. Bei der Diagnosenstellung des einzelnen Falles kommt es nicht so sehr darauf an, ob wir vor oder bei der Operation zunächst feststellen, ob wir es mit einer Geschwulst des linken oder des rechten Eierstockes zu tun haben. Unendlich viel wichtiger scheint es mir, zu eruieren, von welcher anatomischen Qualität der Tumor ist. Und hier besteht allerdings für die Operationstechnik, die Anlegung des Laparotomieschnittes, ein großer Unterschied, ob ich die Aufgabe habe, eine einfache Zyste, ein Cystoma serosum, zu exstirpieren, oder einen von jenen bekannten multilokulären Tumoren, ein Ovarialkarzinom, oder einen stielgedrehten Ovarientumor. Im ersten Falle genügt eine kleine Inzision, durch die man den Tumor einstellen und ihn punktieren kann. Der Schnitt wird hoch, ungefähr in der Mitte zwischen Nabel und Symphyse — bei größeren Tumoren — angelegt. Mit der zunehmenden Verkleinerung der Zyste läßt sich diese leicht nach außen luxieren, der Stiel wird abgebunden und nach Revision der anderen Seite ist die Operation, die sich überhaupt nicht, so kann man sagen, in der Bauchhöhle abgespielt hat, beendet.

In den anderen, oben angegebenen Fällen wäre diese Technik aber verkehrt und direkt fehlerhaft. Betrachten wir zunächst das multilokuläre (meist pseudomuzinöse) Kystom. Gewiß gibt es auch heute noch Operateure, die, von dem Vorteil des kleinsten Schnittes einseitig überzeugt, auch hier die Punktion bevorzugen, um den Tumor zur Verkleinerung zu bringen. Aber es stehen diesem Verfahren recht ernsthafte Bedenken gegenüber. Zunächst einmal läßt es sich nicht vermeiden, daß Teile des Zysteninhaltes in die freie Bauchhöhle gelangen und dort, da sie sekundär durch Austupfen nie ganz entfernt werden können, einen guten Nährboden für Bakterien abgeben. Wir wissen es heute, daß es ein absolut keimfreies Operieren nicht gibt und es leuchtet ohne weiteres ein, daß das Herummanipulieren in der Bauchhöhle, um die bei der Punktion der Zyste in dieselbe hineingelangte Flüssigkeit herauszubringen, die Infektionsgefahr wesentlich erhöht.

Durch einen entsprechend langen Schnitt hätte man in demselben Fall leicht die Geschwulst in toto herausheben können und diesen Eventualitäten wäre von vornherein vorgebeugt gewesen.

Es gibt aber noch etwas anderes, was uns meines Erachtens direkt zu dieser zuletzt geschilderten Technik zwingt, was aber noch längst nicht in dem Grade bekannt ist, wie es gefordert werden muß, und das ist die partielle Malignität der Ovarientumoren. Wer sich die Mühe gibt, sein Material daraufhin durchzusehen, der wird überrascht sein, wie oft sich karzinomatöse Herde, namentlich in den sog. multilokulären Kystomen finden. Ich habe mich schon seit langem genauer mit dieser Frage beschäftigt, weil mich bei den Nachuntersuchungen in der Olshausenschen Poliklinik das verhältnismäßig häufige Auftreten von Rezidiven nach Ovariotomien stutzig machte. Jetzt, wo das Material nicht so groß ist, kann ich mich genauer mit dem histologischen Bau dieser Geschwülste beschäftigen, wobei ich natürlich auf partielle maligne Herde fahnde. Meine Erfahrungen, das Resultat dieser Untersuchungen deckt sich mit den Zahlenangaben Leopolds (23%), Hofmeiers (22%, sein Lehrbuch 1908), wobei ich jedoch die sog. primären soliden Ovarialkarzinome, von denen ich glaube, daß sie mehr oder weniger alle sekundären Ursprungs sind, nicht berücksichtigt habe. Nach meinen Erhebungen erhalten die Ovarientumoren multilokulärer Art, Dermoide etc. in 18% mehr oder weniger ausgebreitete maligne Partien.

Bei der Nachuntersuchung operierter Fälle von Ovarialkystom ergab sich nun, daß die Punktion geradezu das Auftreten von Rezidiven provoziert, insofern sie hiernach besonders häufig auftraten. Das Unangenehme derartiger Rezidive liegt darin, daß sie für eine neue Operation nicht mehr angreifbar sind, also ziemlich gleichbedeutend mit dem baldigen Tode der Patientin. Anatomisch läßt sich das Auftreten dieser Rezidive — wenn man den Ausdruck hierfür überhaupt gebrauchen kann — bei derartigen Operationen leicht erklären: Geschwulstteile, dann meist wohl aus den malignen Abschnitten des Tumors, kommen mit dem flüssigen Zysteninhalt in die Bauchhöhle, siedeln sich an und wachsen lediglich auf dem Boden der Implantation weiter. Durch einen genügend großen Schnitt, durch den man den Tumor unzerstückelt vor die Bauchwand luxieren kann, läßt sich das alles vermeiden. Gegenüber diesem ganz eminenten Vorteil muß der kleinere Nachteil des größeren Schnittes ganz in den Hintergrund treten. Und re vera ist ja das Operieren mit dem großen Schnitt in diesen Fällen auch kaum ein intraperitoneales zu nennen; kann man doch bei einiger Geschicklichkeit, und wenn Adhäsionen den Tumor nicht fixieren, ihn durch einfachen Druck von den beiden Weichen her bequem nach außen luxieren und vor die Bauchdecken bringen. Und die Bauchhöhle selbst klafft nur ganz kurze

Zeit, da man sofort, nachdem der Tumor herausgehoben ist, die große Bauchwunde bis zum Schluß der eigentlichen Operation — der Stielversorgung — provisorisch wie beim Kaiserschnitt, durch einige Muzeux zuklemmen kann. Eine Verzögerung der Operation bedeutet dieses Verfahren auch nicht, da die etwas längere Bauchnaht reichlich kompensiert wird durch den sonst abgekürzten, glatten Operationsverlauf.

Auch bei adhärenten Ovarialtumoren (z. B. nach Stieldrehung) oder solchen, die intraligamentäre Entwicklung haben, bevorzuge ich ausschließlich den großen Schnitt, der allein die Möglichkeit gibt, den Tumor auch in diesen Fällen in toto herauszubefördern und die bestehenden Adhäsionen in bester Weise zu lösen. Es ist nicht einzusehen, weshalb man auf diesen eminenten Vorteil der Laparotomie verzichten soll!

Nun die Schnittrichtung: Für Tumoren, die nach oben bis über den Nabel hinaus reichen — um einen fixen Punkt als Grenze anzugeben — kommen für uns Gynaekologen zwei Schnittrichtungen in Frage: diejenige in der Linea alba und dann neuerdings der von Franz angegebene (Verhandl. d. geburtsh. Gesellsch., Leipzig 1907) bogenförmige Längsschnitt. Beide haben den gleichen Vorteil gegenüber manchen anderen, daß sie, weil die Bauchhöhle in der Mitte eröffnet wird, auch bei Überraschungen hinsichtlich der Lage des eigentlichen Operationsfeldes in der Bauchhöhle, eigentlich immer einen guten Zugang zu demselben schaffen. Im übrigen sind sie auch insofern zweckmäßig, als bei ihnen eine Verletzung von Nerven, worauf in neuerer Zeit mit Recht bei Anlegung aller chirurgischen Schnitte Wert gelegt wird, sicher vermieden wird und daß Blutungen — wenigstens stärkere — dabei vermieden werden. Gegenüber dem alten, klassischen Laparotomieschnitt bedeutet der von Franz insofern einen Vorteil, als es dabei vermieden wird, daß Wundränder in den verschiedenen Schichten übereinander zu liegen kommen. Es besteht ja das alte Bedenken gegen den Schnitt in der Linea alba, daß wegen der auf der einen Seite bis zu einem gewissen Grade angenehmen Blutarmut des Gewebes an dieser Stelle die Wundheilung auf der anderen Seite infolge mangelhafter Ernährung schlecht sein soll (Ramsay), was weiterhin Hernienbildung bei ungenügend fester Narbe hervorrufen kann. Liegen die verschiedenen Narben direkt übereinander, so würde auch das theoretisch das Zustandekommen von Brüchen erleichtern müssen. Bei Franz wird Haut, Fettgewebe und Faszie in derselben Schnittrichtung durchtrennt, die Muskeln aber und das Peritoneum in der Mitte. Es findet hier also bis zu einem gewissen Grade eine Kreuzung der Wundnähte statt, ähnlich wie bei Pfannenstiel. In geringerem Grade wird dasselbe von Josephson (Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 8) erreicht, weshalb ich hierauf nicht näher einzugehen brauche. Vielfach sind nun meiner Ansicht nach die Bedenken gegen den Mittelschnitt falsch; denn wir wissen durch neuere Untersuchungen, daß Hernienbildungen nach Laparotomien nur dann auftreten, wenn primäre Heilung der Wunde ausgeblieben ist; und es ist wohl sicher richtig, daß wir auch beim Mittelschnitt nur dann mit einer zukünftig zu erwartenden Hernie zu rechnen haben werden, wenn Wundeiterung und ganz speziell der Faszie eintritt. Darauf hat Olshausen aufmerksam gemacht, als er betonte, daß der glatte Effekt der Laparotomienarbe nur durch exakte Fasziennaht und damit natürlich auch glatte Heilung garantiert und erreicht werden könne.

Aber es muß zugegeben werden, worauf meines Erachtens wenig Gewicht im allgemeinen gelegt wird, daß auch durch Dehnung des Stichkanals, bevor derselbe fest vernarbt ist, Brüche entstehen können. Derartige Beispiele habe ich gesehen, wenn die Laparotomie in der Schwangerschaft vorgenommen worden war und diese dann nachher erhalten blieb. Auch bei ganz reaktionsloser Heilung ist es verständlich,

wenn hier durch die zunehmende, in 4—8 Monaten doch ziemlich schnell zunehmende Ausdehnung des Leibes, im Bereich des Stichkanals die Diastase eintritt, die dann später zur Hernie führen kann, nicht muß; hinzukommen müssen dann eben noch weitere schädigende Momente. Von diesen nenne ich zuerst gewisse Anomalien in der Beschaffenheit der Faszie selbst. Nicht so selten treffen wir eine insofern auffallende Art der Faszie an, die darin besteht, daß die Faserung auffallend stark ausgesprochen oder diese selbst sehr dünn ist. Sticht man die Nadel durch, knotet man den Faden, so weicht dabei das Gewebe der Faszie an der Stelle des Durchstiches oft weit auseinander, während in anderen Fällen die Faszie wieder eine derbe Membran vorstellt, die bei weitem nicht so zur Hernienbildung in der angedeuteten Weise prädestiniert.

Vielleicht haben analoge Beobachtungen Franz veranlaßt, seinen Schnitt herauszubilden; denn bei ihm findet die schlecht ausgebildete Faszie einen gewissen Schutz durch die dahinter liegende und durch Naht aneinander adaptierte Muskelschicht beider Rekti. Erstes Postulat für den Erfolg des Franzschen Schnittes ist aber gewiß der tadellos aseptische Verlauf der Wundheilung; denn eine ausgedehnte Sicherung der einzelnen Wunden gegeneinander, wie es beim Pfannenstielschen der Fall ist, ist nur möglich, wenn statt des nach der Schilderung anzunehmenden einfachen Bogens zwei mit starker Krümmung verlaufende, aber natürlich zusammenhängende Bogen angelegt würden. Das dürfte aber erhebliche kosmetische Bedenken haben, die nicht außer acht gelassen werden dürfen. Die verschiedenen, von Chirurgen zu ganz speziellen Zwecken angegebenen Laparotomieschnitte (Lenander, Czerny, Gersuny und Edebohls etc.) kann ich unberücksichtigt lassen, da sie für Blinddarmoperationen, Gallenoperationen u. a. m., kurz für Operationen erdacht sind, die dem Gynaekologen ferner liegen. Für uns käme noch der Küstnersche Schnitt und der von Pfannenstiel angegebene in Frage. Es ist nicht ganz leicht zu entscheiden, welcher von diesen beiden die größeren Vorteile besitzt. Die Entscheidung der Frage wird zum Teil auch hier durch den aseptischen Verlauf der Wundheilung beeinflußt. War dieselbe gut, so ist wohl unbestreitbar der Pfannenstielsche Schnitt der bessere; kam es aber zur Eiterung im Bereich der Fasziennaht, so verschieben sich allerdings die Dinge etwas zu ungunsten des Faszienschnittes. Denn es entsteht dann die höchst unangenehme Komplikation einer eventuellen retrofasziären Phlegmone, die selbstverständlich eine in allen Punkten wesentlich schlechtere Prognose bietet, als die Wundeiterung beim Küstnerschen Schnitt, bei dem es dann höchstens zu einer mehr oder weniger starken, aber für die Behandlung immer gut zugängigen Eiterung in der Faszie selbst oder im Fettgewebe vor derselben kommt. Für mich hat der Küstnersche Schnitt vor dem Längsschnitt nur den Vorteil, weil er die Haut entsprechend der Langerschen Kutisfaserung durchtrennt; sein Vorzug liegt also mehr auf rein kosmetischem Gebiet. Ich habe den Küstnerschen Schnitt in einer ganzen Anzahl von Fällen benutzt, und zwar zunächst ausschließlich, um lediglich die Laparotomie als Selbstzweck zu machen. Späterhin bin ich auch noch einen Schritt weiter gegangen, nachdem ich die Erfahrung gemacht hatte, daß die mehrfache Durchtrennung der Faszie an sich keine Störungen in der Wundheilung bedingt und habe nach der Revision der Adnexe von dem Laparotomieschnitt (Resektionen des Ovariums, Tubenexstirpationen etc.) dann den Uterus durch die Alexander-Adamssche Operation in die richtige Lage gebracht.

Eiterungen im Bereich des Küstnerschen Schnittes habe ich direkt nicht beobachtet, wohl aber habe ich, trotzdem jedesmal nach beendeter Operation den Frauen

ein nicht zu leichter Sandsack auf den Leib gelegt wurde, mehrfach Blutergüsse und reichliche Sekretansammlungen im Bereiche des Fettgewebes gesehen, die dann sekundär gelegentlich vereitert sind. Es erklärt sich das auch ohne weiteres aus den anatomischen Tatsachen. Das Fettgewebe resorbiert am schlechtesten, die Wundheilung ist hier am ungünstigsten. Löse ich das Fettgewebe von der unterliegenden Faszie ab, so greife ich störend in die Ernährung des Fettgewebes ein, es werden die kleinen Gefäße zerrissen, die hier verlaufen; weil sie klein sind, so bluten sie infolge der Quetschung, die mit dem Zurückpräparieren des Fettes verbunden ist, zunächst nicht, werden also auch nicht umstochen werden. Erst späterhin, wenn die Operation beendet ist, dann setzt die Blutung ein, die natürlich von ganz unterschiedlicher Ausdehnung sein wird.

Ich bin daher bald ganz von dieser eben geschilderten Schnittführung zum Zweck der Inspektion der Adnexe und des sich daran anschließenden Alexander-Adams abgekommen, um so mehr als ich mich davon überzeugt hatte, daß man diese Kombination der Laparotomie und des Alexander-Adams auch vom Mittelschnitt aus ebenso bequem machen kann.

Jetzt bevorzuge ich eigentlich ausschließlich den Pfannenstielschen Schnitt. Ich habe mich von der Vortrefflichkeit und Leistungsfähigkeit desselben so oft überzeugt, daß ich ihn immer mehr auch bei größeren und komplizierteren Operationen heranziehe, so lange ich mir eben auf Grund der Erfahrungen, die ich mit ihm gemacht habe, versprechen kann, daß er den notwendigen Anforderungen an den Platz gerecht wird.

Das Prinzip desselben sehe ich gleich Menge (bei Zacharias, Münchener med. Wochenschr., 1906, Nr. 24) weniger in der Kreuzung der Schnitte, auf die ja auch Franz bei dem seinigen nicht den Hauptwert legt, sondern in seiner exakten anatomischen Begründung. Es ist auch nicht notwendig, den Schnitt suprasymphysär anzulegen, wenngleich das in der Mehrzahl der Fälle wünschenswert, weil praktisch ist. Der Bogenschnitt nach Pfannenstiel ist außerordentlich adaptionsfähig und deshalb ist er für uns Gynaekologen so besonders vorteilhaft.

Außer der queren Durchtrennung der Rekti kenne ich kein Verfahren, welches uns so sicher über die Schwierigkeit hinweghilft, die wir oft genug zu überwinden haben, wenn die Rektusmuskulatur gut entwickelt ist und trotz tiefster Narkose nicht zur Entspannung gebracht werden kann. Der Zugang zur Bauchhöhle wird dadurch gelegentlich so erschwert und das Halten des Bauchhakens ebenfalls, daß wirklich nichts übrig bleibt, als, um Platz zu schaffen, den Rektus zu durchtrennen. Beim Pfannenstielschen Schnitt habe ich etwas derartiges nicht erlebt. Die Erklärung ist leicht dadurch gegeben, daß mit dem Augenblick, wo die Faszie vom Muskel abgelöst ist, auch die Elastizität desselben ganz bedeutend herabgesetzt ist. Und es ist in der Tat überraschend, wie leicht und ausgiebig man mit dem Bauchhaken die Rekti zur Seite ziehen kann.

Es ist gesagt worden, daß, um eine spätere Hernie zu verhüten, es erst Notwendigkeit sei, die isolierte Fasziennaht voranzustellen. Das ist ebenso richtig und wichtig wie die Befolgung strengster Asepsis. Und doch, trotz allem gibt und muß der Pfannenstielsche Schnitt bessere, sicherere Resultate geben.

Um zunächst einmal die Frage der Asepsis zu berühren; es ist ja bekanntlich nicht in unsere Hand gegeben, den aseptischen Wundverlauf zu garantieren. Kommt es im Bereich der Fasziennaht beim Längsschnitt an einer Stelle zur Eiterung oder auch nur zur nicht glatten, festen Vereinigung, so ist die Vorbedingung zur Hernie gegeben, die dann auch meist nicht lange auf sich warten läßt. Nun habe ich aber mehr-

fach bei meinen Nachuntersuchungen, die sich über mehrere Hundert Laparotomierter erstrecken, beobachten können, daß öfters für die Entstehung der Hernie weder mangelhafte Fasziennaht noch auch ausgebliebene Prima reunio zu beschuldigen gewesen war. Bei näherem Studium dieser Fälle fand sich immer, daß es sich entweder handelte um solche, bei denen unmittelbar post operationem oder in den nächsten Tagen danach eine besonders starke Inanspruchnahme der vorderen Bauchwand durch anhaltendes Erbrechen oder durch starken Meteorismus vorgelegen hatte. Dabei, so ist die Erklärung wohl ungezwungen zu geben, haben die Fäden den Faszienrand durchschnitten oder — bei Catgutnaht und späterem Auftreten des Ileus, wenn schon die Auflösung des Catguts im Gange war —, sie konnten nicht mehr genügend Widerstand leisten und die Wundränder wichen auseinander.

Daß derartiges vorkommt, habe ich mehrfach bei denjenigen Fällen von Ileus gesehen, die etwa vom 6. Tag an einsetzten. Läßt sich hierbei die Passage des Darms wiederherstellen, ohne daß die Laparotomiewunde wieder aufgemacht werden muß, so bleibt natürlich die Dehiszenz der Faszie bestehen und Hernienbildung muß die Folge sein.

Diese Eventualitäten sind bei der Pfannenstielschen Operation, wenigstens nach meinen Erfahrungen, ganz ausgeschlossen. Ja ich möchte sogar noch einen Schritt weiter gehen und sagen: nur bei dieser! Die Erklärung hierfür ist leicht zu geben: bei zunehmender Drucksteigerung im Abdomen wird die quere Fasziennaht von vornherein durch die Elastizität und die aktive Anspannung der Bauchmuskeln, namentlich auch der Rekti geschützt werden. Und für den Operateur ist es gewiß ein angenehmes Gefühl, von vornherein der Eventualität der Dehiszenz der Bauchnaht oder auch nur der Läsion der Faszie vorgebeugt zu haben.

Denjenigen, die bei dem Längsschnitt in der exakten Fasziennaht und -Heilung das Hauptmoment sehen, um einer späteren Hernie vorzubeugen, ist nur bedingt recht zu geben, weil sie die Bedeutung der gut aneinander gebrachten vorderen Bauchmuskeln offensichtlich unterschätzen. Und darin liegt auch beim Küstnerschen Schnitt meines Erachtens der Nachteil, während Franz diesem, wie ich meine, notwendigen Anforderungen an einen guten Laparotomieschnitt Rechnung trägt, soweit es bei so großen Schnitten überhaupt möglich ist. Früher, als ich bei meinen Laparotomien noch mehr den Medianschnitt bevorzugte, habe ich mir doch schon Mühe gegeben, wie viele andere auch, die beiderseitigen Muskelbündel des Rectus abdom. durch einige Knopfnähte aneinander zu bringen. Allein ich muß gestehen, daß mir das oft genug nicht zur Zufriedenheit gelang, und namentlich dann nicht, wenn es mir gerade am notwendigsten erschien, z. B. bei dünnen Bauchdecken und weit zur Seite ausgewichenen Rekti. Das Aufsuchen der Muskelbündel, ihr Isolieren bedeutet dann oft genug durch den Zeitverlust eine ernste Komplikation der Operation, so daß es gelegentlich unterbleiben mußte. Seitdem ich die Pfannenstielsche Schnittführung gebrauche, bei der die vorderen Rektusscheiden weit von den Muskeln abpräpariert werden, fällt dieses eben geäußerte Bedenken nicht nur ganz von selbst fort, sondern es ergibt neben einer ausgezeichneten Übersicht sich auch noch die Möglichkeit, Frauen, die an den Folgen einer stärkeren Diastase der Rekti zu leiden hatten, diese durch die eine doch notwendige Operation von ihren Beschwerden zu befreien.

Wie es wohl jedem gegangen ist, habe ich anfangs nur glatte Operationen mit Pfannenstiels Schnitt gemacht; aber mehr und mehr habe ich ihn bei schwierigen Eingriffen (Totalexstirpationen und komplizierten Adnexoperationen) schätzen gelernt, so daß ich ihn in der oben angegebenen Begrenzung jetzt ausschließlich bevorzuge.

Sagte ich eingangs, daß es nicht notwendig ist, sich genau an die Pfannenstielschen Vorschriften zu halten und den Hautschnitt suprasymphysär anzulegen, so hat das zum Teil seine Beweggründe darin, daß ich nach Möglichkeit überhaupt gern den Hautschnitt hoch, d. h. von der Symphyse entfernt anlege; ich habe das auch weiter oben begründet. In anderen Fällen aber bedeutet ein tief, dicht über der Symphyse angelegter Schnitt eine direkte Erschwerung für den Operateur, wenn nämlich das eigentliche Operationsfeld auch hoch liegt. Ich glaube, das hat manchmal den Pfannenstielschen Schnitt in Mißkredit gebracht, weil ja bei diesem eine Erweiterung des Zuganges nach oben auf Schwierigkeiten stößt und nicht so leicht sich ausführen läßt wie beim Mittelschnitt. Ist dieser in seiner ersten Anlage nicht groß genug gewesen, war der Zugang nach oben nicht genügend berücksichtigt, so ist es ein kleines, dies durch einfache Verlängerung des Schnittes nach oben auszugleichen. Das ist in der einfachen und schnellen Weise beim Pfannenstielschen Bogenschnitt nicht möglich. Wird hierbei eine Erweiterung der Bauchwunde in der Längsrichtung notwendig, so geht das nur, indem rechts und links der Bogenschnitt durch Haut, Fett etc. verlängert wird, die Faszie muß weiter abgelöst werden, und erst dann kann man durch Spalten des Peritoneums die eigentliche Bauchwunde erweitern. Nur das ganze Verfahren ist wesentlich komplizierter. Wir können daraus also entnehmen, wie wichtig es ist, daß man vor Beginn der Operation, also bevor man den Hautschnitt anlegt, sich einen ganz genauen Operationsplan entwirft, der natürlich auf exaktester Untersuchung fußen muß. Und der Hautschnitt ist möglichst über der Stelle anzulegen, welche dem Schwerpunkt der Operation entspricht. Dann wird man weniger oft die Klage vernehmen, daß bei aller Anerkennung seiner Vorzüge der Pfannenstielsche Schnitt nicht ausreicht.

Wichtig ist die Beibehaltung der Bogenform der Schnittführung und die genaue Berücksichtigung der Kocher-Langerschen Kutisfaserung. Deckt sich beides, erfolgt die Adaption der Wundränder genau, so ist bei Anwendung der Michelschen Klammern das Resultat ein tadelloses.

Bei diesen vielen Vorzügen, die die Pfannenstielsche Schnittführung hat, lag es nahe, nach einem Ausweg zu suchen, der es ermöglicht, ihn auch bei der Olshausenschen Ventrofixation des retroflektierten Uterus anzuwenden oder ihn mit der Alexander-Adamsschen Verkürzung der runden Bänder zu kombinieren. Wie ich schon oben betont hatte, gelingt es nicht immer, genau durch die Untersuchung zu entscheiden, ob ein retroflektiert liegender Uterus mit Sicherheit allen Anforderungen entspricht, um sich bei der Lagekorrektur auf die Verkürzung der Ligamente zu beschränken. Es ist oft genug erforderlich, eine Besichtigung des Uterus vorzunehmen, um ein zuverlässiges Urteil zu haben. Ich bin dann so vorgegangen, daß ich nach Revision der Bauchhöhle und vorgenommener Korrektur die eine oder die andere der beiden erwähnten Operationen gemacht habe (Alexander-Adams oder Ventrofixur). Ergab sich nach der Besichtigung oder nach Lösung etwaiger geringfügiger Adhäsionen, daß die Verkürzung der Ligg. rot. als ausreichend zur Erzielung eines guten Dauerresultates anzusprechen war, so ließ sich dies sehr schnell und leicht von dem unteren Schnittrande nach Freilegung des Leistenringes ausführen. Eine Störung in der Wundheilung, namentlich auch hinsichtlich der Faszie, habe ich niemals gesehen. Durch die Kombination dieser beiden Operationen aber war man sicher, jetzt wirklich nach allen Richtungen hin einen positiven Operationserfolg erzielt zu haben; denn durch die Alexander-Adamssche Operation können wir denselben nur dann sicher erwarten, wenn der Uterus völlig frei in allen Ebenen beweglich ist und keinerlei Komplikationen

seitens der Adnexe bestehen. Auf die völlige Beweglichkeit des Uterus in allen Ebenen lege ich für die Indikationsstellung zur Alexander-Adamsschen Operation den allergrößten Wert; und es genügt keinesfalls die Tatsache allein, daß man die Retreflexio leicht ausgleichen kann, wie mich zahlreiche Nachuntersuchungen gelehrt haben. Genau so, wie ich jetzt mit dem Pfannenstielschen Schnitt die beiden Operationen gelegentlich kombiniere, habe ich früher auch vom Medianschnitt aus operiert und nach der Revision des Uterus von oben her die Verkürzung der Bänder angeschlossen; doch war ich mit den so erzielten Resultaten nicht so zufrieden. Als Erklärung habe ich angenommen, daß hierbei die Quetschung des Gewebes und namentlich des Fettgewebes, das an sich eine schlechte Heilungstendenz hat, eine viel größere ist.

Wiederholt ergab sich nun bei diesen Operationen, daß die Alexander-Adamssche Operation (z. B. nach Exstirpationen von kleinen Pyosalpingen, deren palpatorischer Nachweis nicht vorher gelungen war, oder wenn die vorhandenen Adhäsionen doch zu fest und sehr ausgedehnt gewesen waren) mit ihrer einfachen Verkürzung der runden Bänder doch nicht als ausreichend angesehen werden konnte, um die erwünschte Lagekorrektur zu garantieren. Hierbei stand ich dann vor der Frage: was nun? Die typische Ventrofixation nach Olshausen war bei Lage der Dinge, da ja die Faszie quer durchschnitten war, nicht anzuwenden. Aber die angenommene Schwierigkeit ließ sich in praxi viel leichter beseitigen, als theoretisch anzunehmen gewesen war. Und so kann ich denn im folgenden ein Operationsverfahren schildern, das der Pfannenstielschen Schnittführung zu den alten Anhängern derselben neue Freunde gewinnen möge. Es sind seinerzeit aus der Bummschen Klinik durch Liepmann (Zentralblatt für Gynaekologie, 1907, Nr. 6) dem Olshausenschen Verfahren der Ventrofixation gewisse Mängel der Ventrosuspension des Uterus nachgesagt worden, von denen man offen zugeben muß, daß sie in der Praxis gelegentlich vorkommen. Das Wesentliche der dort erhobenen Einwände besteht darin, daß der Abstand der beiden Fixationspunkte des Uterus von vornherein zu sehr den Medianen genähert ist, woraus sich dann weiterhin eine sattelförmige Zusammenpressung des Uterusfundus ergibt, deren schädliche Folgen darin bestehen, daß leichter ein Rezidiv eintritt. Um dieser Eventualität vorzubeugen schlägt Bumm vor, das Peritoneum in einiger Entfernung vom Schnittrande zu durchlochen und dann die Bänder in diesen künstlich geschaffenen „inneren Leistenring“ zu ziehen. Aus der Abbildung, die dem Liepmannschen Aufsatz beigegeben ist, ersieht man ohne weiteres, daß bei dieser neuen Operation das Prinzip der Olshausenschen Operation, die Fixation des Uterus an der Abgangsstelle des Ligamentum rotundum, wobei der Faden noch ein Stück Uterusmuskulatur mitfaßt, aufgegeben wird.

In seinem letzten Aufsatz über die Ventrifixur (Zentralblatt f. Gyn., 1907, Nr. 41) hebt Olshausen hervor, daß durch die Verbesserung, die seine Methode durch Koblanck erfahren hat, die von Liepmann geschilderten Bedenken beseitigt sind, und zwar in der Weise, daß man vor der Durchführung der Sutur das Peritoneum und die Faszie der betreffenden Seite mit einer angesetzten Klemme nach dem Wundrande zu zieht. In der überwiegenden Mehrzahl der Fälle gelingt es so, sicher den Liepmannschen Bedenken vorzubeugen; allein ich habe doch auch Fälle gesehen, wo das Peritoneum so wenig verschieblich war, daß man es nur wenig und nicht ausreichend vorziehen konnte. Und auch die Faszie habe ich so starr und wenig nachgiebig angetroffen, daß man mit der Nadel sehr weit unter die Bauchdecken gehen mußte, um die richtige Stelle in der Faszie für die Durchbohrung mit der Nadel ausfindig zu machen. War nachher bei fester Verbindung der Faszie mit der

darunter liegenden Muskulatur nicht genau die rechte Stelle getroffen, so gab es später bei der Fasziennaht Spannung, wodurch dann die glatte Heilung der Faszie infolge der Zerrung in Frage gestellt wurde.

Ich glaube schon, daß ähnliches wohl jedem Operateur passiert sein wird. Selbstverständlich sind derartige, immerhin seltene Vorkommnisse nicht dazu angetan, ein an sich vortreffliches Operationsverfahren in Mißkredit zu bringen. Immerhin aber ist es gut, wenn für derartige Fälle noch ein anderes Verfahren zu Gebote steht, welches dasselbe Ziel verfolgt. Und dieses besteht in der Kombination der Olshausenschen Ventrofixation mit dem Pfannenstielschen Schnitt. Soweit mir die Literatur zu Gebote steht, ist die Operation, wie ich sie vornehme, bisher nicht publiziert worden. Und ich bin überzeugt, daß sie manchem eine willkommene Bereicherung der Technik sein wird.

Der Pfannenstielsche Schnitt wird durch Haut und Fett in bekannter Weise suprasymphysär angelegt. Bei der Spaltung der Faszie macht das Messer einen etwas geringeren Bogen, so daß der zugehörige Radius länger zu denken ist. Die Faszie wird wie gewöhnlich zurückpräpariert, Muskel und Peritoneum in der Mittellinie gespalten. Nach Korrektion der Adnexe, Lösung des Uterus aus seinen Adhäsionen zur vollkommenen Mobilisation desselben wird zur Ventrifixur die mit einem Jodcatgutfaden oder mit Silkworm (oder gleichzeitig mit beiden — nach Koblanck) armierte Nadel in entsprechender Entfernung, die genau nach der Breite des Uterus bestimmt werden kann, von der Mittellinie durch den oberen Rand der Faszie, durch die Muskulatur und das medianwärts vorgezogene Peritoneum durchgeführt. Sie umschlingt den Uterus an der Abgangsstelle des Lig. rot., faßt ein Stück des Uterushorns mit und geht dann umgekehrt zurück, so daß der Faden an der Oberfläche des unteren Faszienrandes wieder zum Vorschein gelangt. Die beiden Fadenenden werden angezogen, so daß der Uterus der vorderen Bauchwand dicht anliegt. Da, wo der Faden eben die Faszie vorn verläßt, legt man an jedem Fadenende eine Klemme an, um zu vermeiden, daß der Uterus vor dem Knoten des Fadens zurückgleitet. Dann wird das Peritoneum geschlossen, fortlaufend mit dünnstem Catgut; danach folgt mit einer der Größe des Schnittes entsprechenden Anzahl von Catgutkopfnähten die Vereinigung der Rekti. Zur Naht der Faszie nehme ich jetzt ausschließlich Seide, und zwar eine dünne Sorte, weil der Faden ja weniger halten als möglichst genau adaptieren soll. Die Verhältnisse liegen in der Beziehung anders als beim Längsschnitt, wie ich oben auseinandergesetzt habe, und machen dickes Nahtmaterial wie dort nicht nötig. Ist die Faszienwunde geschlossen, so erfolgt das Knoten des Ventrofixationsfadens. Da man vorher unter Kontrolle des Auges den Uterus an die Bauchwand gebracht, ihn durch die angelegten Klemmen dort fixiert gehalten hatte, so ist jetzt nur noch nötig, den Faden zu knoten.

Natürlich habe ich auch hin und her probieren müssen, um zu diesem geschilderten Operationsverfahren zu kommen. So hatte ich anfangs den Fixationsfaden sofort geknotet, aber das hatte den Nachteil, daß dann gelegentlich die Faszienschnittränder nicht in tadelloser Weise aneinander zu bringen waren.

Es ist durchaus zweckmäßig, wenn man die Faszienränder, die man mit der für die Ventrifixation bestimmten Nadel durchbohren will, vorher aneinander hält, damit genau korrespondierende Stellen aneinander kommen. Weiter muß man damit rechnen, daß bei der Durchtrennung der Faszie nach Pfannenstiel der obere Schnittrand sich zurückzieht. Also auch aus diesem Grunde ist es nötig, zu adaptieren, dann aber auch, damit man nicht zu hoch mit der Durchführung der Nadel durch die Muskeln

kommt. Ich verfahre jetzt so, daß ich mit der Pinzette, diese genügt völlig, den oberen Faszienabschnitt etwas herunterziehe, ihn dem unteren, der sich in seiner Lage und Beschaffenheit nicht ändert, nähere und dann die Stelle bestimme, durch welche die Nadel zur Ventrifixation zu gehen hat. In der Praxis läßt sich das alles in Kürze erledigen und bedeutet in keiner Weise irgend eine Komplikation. Das Fettgewebe schließe ich entsprechend seiner schlechten Resorptionsfähigkeit mit ganz dünnem, fortlaufenden Catgutfaden. Die Haut wird mit Michelschen Zwicken vereinigt.

Auf einen Punkt möchte ich noch hinweisen, der mir bei der Ausführung der Ventrifixation von Wichtigkeit zu sein scheint, und das ist die Art und Weise, in welcher die Nadel durch die Abgangsstelle des Ligamentum rotundum geführt wird. Es handelt sich hierbei nicht darum, ob etwas mehr oder weniger Muskel mitgefaßt werden soll, obgleich auch das für die Dauerheilung vieler Fälle von Wichtigkeit ist, sondern darum, daß man die Nadel nach Art einer chirurgischen Umstechung durch die Uterusecke führt, so daß die beiden Nadeldurchführungen sich ziemlich genau kreuzen. Ich bin zu dieser Modifikation des Olshausenschen Verfahrens, der ja bekanntlich die Nadel nur einmal durch die für die Fixation des Uterus bestimmte Stelle führt, gekommen, weil ich zweimal bei von anderer Seite ganz typisch und lege artis ausgeführter Ventrifixation nach Olshausen Verblutungstod erlebt habe. Bei der Autopsie ergab sich in beiden Fällen die gleiche Ursache: es hatte die Nadel ein größeres Gefäß, das abnorm an dieser Stelle verlaufend oder abnorm entwickelt an der Abgangsstelle des Lig. rot. verlief, verletzt und so die tödliche Blutung provoziert. Macht man, wie ich es nun schon seit Jahren tue, statt der einfachen Umstechung die doppelte, so muß bei der zweiten Durchführung der Nadel das blutende Gefäß in die Fadenschlinge kommen, und die Gefahr der Blutung resp. der Nachblutung ist ausgeschlossen; abgesehen davon ist es auch ausgeschlossen, daß der Faden beim starken Anziehen und Knoten die Uterusmuskulatur durchschneidet.

Bemerkung.

Herr Dr. Cramer in Bonn richtete an Herrn Dr. Fraenkel in Breslau eine Zuschrift, worin er ihm mitteilt, daß er in der Monatsschrift für Geburtshilfe und Gynaekologie, Bd. 20, Heft 5 in einer Arbeit bemerkt, daß Witzel bei einem Rektalprolaps genau dieselbe Operation ausgeführt hat wie Herr Dr. Fraenkel. Diese Arbeit ist mir leider entgangen, doch freut es mich andrerseits, daß auch in Witzels Falle das momentane und das Dauerresultat ein gutes war. R. Weber.

Bücherbesprechungen.

v. Winckel: Frauenleben und -Leiden am Äquator und auf dem Polarcise. Samml. klin. Vortr. Gyn. Nr. 175, Joh. Ambros Barth, Leipzig 1908.

Der berühmte Autor beschert uns in diesen Blättern eine überaus genußreiche Broschüre, die in interessantester Weise aus rein ethnographischen, anthropologischen und medizinischen, meist gynaekologischen Details über das Leben der Kamerunnegerinnen und Kanakinnen einerseits, der Eskimoweiber andrerseits sich aufbaut. v. Winckel weist nach, daß trotz der räumlichen Entfernung gar viele Ähnlichkeiten bestehen und hebt diese, ausschließlich aus verläßlichen Quellen schöpfend, sorgfältig hervor. Die Schrift eignet sich nicht zum Detailreferat, kann aber zur Lektüre nur wärmstens empfohlen werden. K.

Sammelreferate.

Die puerperale Eklampsie.

Sammelreferat der im Jahre 1907 erschienenen Arbeiten von Dr. **Emil Pollak** in Wien.

1. R. de Bovis (Semaine méd., 1907, Nr. 10).
2. J. G. Braak und A. Mijnlieff: **Ein Fall von Eklampsie infolge von erhöhter intrarenaler Spannung.** (Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 42, pag. 1275.)
3. Brauns: **Die Ätiologie der Eklampsie.** (Wiener med. Wochenschr., 1907, Nr. 4, pag. 178.)
4. E. Bumm: **Die Behandlung der Eklampsie.** (Deutsche med. Wochenschr., 1907, Nr. 47, pag. 1945.)
5. O. Büttner: **Zur Kasuistik des vaginalen Kaiserschnittes bei Eklampsie. Plac. praevia und Karzinom des schwangeren Uterus.** (Beitr. zur Geburtsh. u. Gyn., Bd. XI, pag. 401.)
6. O. Büttner: **Untersuchungen über die Nierenfunktion bei Schwangerschaftsniere und Eklampsie.** (Arch. f. Gyn., Bd. LXXIX, Heft 2.)
7. Croft: Sitzung der geburtsh.-gyn. Gesellsch. von Nord-England vom 10. Mai 1907. (Ref. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXVI, pag. 499.)
8. J. Donath: **Die angebliche ursächliche Bedeutung der Fleischmilchsäure bei Eklampsie der Schwangeren.** (Berliner klin. Wochenschr., 1907, pag. 241.)
9. F. Engelmann: **Über einen bemerkenswerten Fall von Eklampsie mit fast 200 Anfällen und Ausgang in Heilung.** (Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 11, pag. 306.)
10. W. Falgowski: **Eklampsieheilung durch Dekapsulation beider Nieren.** (Deutsche med. Wochenschr., 1907, Nr. 52, pag. 2199.)
11. Flatau: Sitzung der Nürnberger med. Gesellsch. vom 7. Februar 1907. (Ref. Münchener med. Wochenschr., 1907, pag. 1155.)
12. O. Franck: **Über Nierendekapsulation bei Eklampsie.** (Münchener med. Wochenschrift, 1907, Nr. 50, pag. 2471.)
13. R. Freund: **Über das Eklampsiegift.** Sitzung des Vereines der Ärzte in Halle. (Ref. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXV, pag. 423.)
14. C. J. Gauss: **Zur Behandlung der Eklampsie mit Decapsulatio renum.** (Zentralblatt f. Gyn., 1907, Nr. 19, pag. 521.)
15. Hamel: Sitzung des ärztlichen Vereines in Hamburg vom 19. Februar 1907. (Ref. Münchener med. Wochenschr., 1907, pag. 441.)
16. J. Hofbauer: **Zur Pathologie und Pathogenese der Eklampsie.** Vortrag, gehalten am XII. Gyn.-Kongreß.
17. O. Kaiser: **Eklampsie und Parathyreoidin.** (Zentralbl. f. Gyn. 1907, Nr. 41, pag. 1244.)
18. R. Kayserlingk: **Bossi-Dührssens klassischer Kaiserschnitt.** (Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 24, pag. 711.)
19. W. Konstantinowitsch: **Beitrag zur Kenntnis der Leberveränderungen.** Zieglers Beiträge, Jahrg. 1907, Bd. XL, Heft 3.
20. Kouwer: **Ein Fall von Eklampsie.** Sitzung der niederländ. gyn. Gesellsch. vom 26. Mai 1907. (Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1907, Nr. 46, pag. 1449.)
21. Maire: **Über puerperale Eklampsie väterlichen Ursprungs.** Sitzung der Société d'obstetrique de Paris vom 19. Dezember 1906. (Ref. Zentralbl. f. Gyn. 1907, Nr. 45, pag. 1424.)
22. O. Polano: **Ein Fall von Nierendekapsulation bei puerperaler Eklampsie.** (Zentralblatt f. Gyn. 1907, Nr. 1, pag. 13.)
23. P. Reinecke: **Über Eklampsie ohne Krämpfe.** (Münchener med. Wochenschr. 1907, Nr. 31, pag. 1522.)
24. Reisch: **Demonstration eines seltenen Sektionsbefundes bei Eklampsie** in der Sitzung der Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gyn. zu Köln vom 4. Juli 1906.
25. J. Rendu (Lyon méd., 1907, Nr. 1).
26. Seiffart: **Drei Kaiserschnitte aus relativer Indikation.** (Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 31, pag. 956.)
27. A. Sippel: **Zur Nierenaushülsung oder Nierenspaltung bei Eklampsie.** (Zentralblatt für Gyn., 1907, Nr. 51, pag. 1586.)

28. F. Stähler: **Zwei vaginale Kaiserschnitte bei Eklampsie im Privathause.** (Gyn. Rundschau, I. Jahrg., pag. 282.)

29. Strempel: **Beitrag zur Behandlung der Eklampsie im Wochenbett nach Bumm.** (Zentralbl. f. Gyn., 1907, pag. 1335.)

30. Schlutius: **Zur Eklampsie ohne Krämpfe.** (Zentralbl. f. Gyn. 1907, Nr. 4, pag. 107.)

31. N. Vaguez (Semaine méd., 1907, Nr. 11).

32. V. Wagner: **Ein Fall von multipler Sklerose und Gravidität.** Sitzung der geburtshilflich-gyn. Gesellsch. in Wien vom 30. Oktober 1906.

33. Winter: **Über vaginalen Kaiserschnitt bei Eklampsie.** Sitzung der ost- und westpreußischen Gesellsch. f. Gyn. vom 15. Juni 1907. (Ref. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekologie, Bd. XXVI, pag. 292.)

Eine gewisse Ruhepause ist in den einschlägigen Arbeiten des verflossenen Jahres zu verzeichnen, soweit sich dieselben mit der Genese der Eklampsie befassen, umso häufiger meldet sich in dieser Zeitepoche die Therapie zum Wort.

Einleitend möchte der Referent auf das Sammelreferat über das Jahr 1906 hinweisen, worin über zuweilen sich ergebende Schwierigkeiten in der Differentialdiagnosenstellung zwischen der genuinen Eklampsie und jenen auf Brightscher Basis entstandenen Krampfanfällen berichtet wird. Das eben verflossene Jahr lehrt uns nun eine weitere Krankheitsform kennen, die, obgleich schon seltener mit der Gestationszeit zusammentreffend, nicht mindere Schwierigkeiten in der genauen Unterscheidung bereiten kann. Sie betrifft den Fall Wagners, der unter der Diagnose der „Schwangerschaftseklampsie im VI. Lunarmonat" in der Klinik Chrobak zur Aufnahme kam. Die Patientin, die drei normale Entbindungen durchgemacht hatte, war schon vor drei Jahren anläßlich eines Abortus im IV. Monate von Krämpfen befallen worden, die nach Beendigung desselben sistierten. Am Tage der Aufnahme stürzte die Frau bewußtlos zusammen und wurde mit cyanotisch verfärbten, schaumbedeckten Lippen und tonisch-klonischen Zuckungen der gesamten Muskulatur eingebracht. Bei der Aufnahme bestand neben Olygurie mit 2‰ Albumen und spärlichem Gehalte an granulierten und hyalinen Zylindern deutlicher Nystagmus. Trotz sofortiger in Narkose ausgeführter Hystereuryse, Jaquetschen Einpackungen, Venaesectio und Kochsalzinfusionen trat unter steter Verschlechterung des Pulses noch vor durchgeführter Entleerung des Uteruscavum der Exitus ein. Die Autopsie ergab eine multiple Sklerose des Gehirnes und Rückenmarkes und von sonstigen etwa für Eklampsie sprechenden Organveränderungen nur Hyperämie des Gehirnes und seiner Häute und fettige Degeneration von Leber und Nieren. Obwohl die von Seite des Zentralnervensystems beobachteten Symptome — Schwindelanfälle, zunehmende Imbezillität, Nystagmus — nach Charcot als Forme fruste der multiplen Sklerose bezeichnet werden müssen und von Seite Leydens Krampfanfälle epileptiformer Art im Verlauf der multiplen Sklerose wiederholt beobachtet wurden, glaubt Wagner, für den vorliegenden Fall eine echte Eklampsie doch nicht ausschließen zu können, zumal die sich rasch wiederholenden und schnell zum Tode führenden Anfälle im Zusammenhang mit dem Verhalten der Nieren eine genügende Stütze für diese Auffassung bieten, wenn auch der Befund bei der Autopsie nicht als der für Eklampsie typische bezeichnet werden kann.

An dieser Stelle möge auch ein seltener anatomischer Befund Erwähnung finden, wie er durch Reisch in der Sitzung der Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie zu Köln demonstriert werden konnte und der in einseitiger Zystenniere — die zweite, nur wenige Zysten enthaltende Niere zeigte kompensatorische Hypertrophie mit Zeichen parenchymatöser Nephritis — und mit bis pfennigstückgroße

Zysten tragender Leber bestand. Diesem letzteren Organe wendete auch Konstantinowitsch in einer Serie von 30 Fällen seine Aufmerksamkeit zu und vermißte die bekannten charakteristischen Veränderungen nur in 16·6%. In 23 Fällen zeigten sich Veränderungen, die in Hämorrhagie, Fibrinabscheidungen, Kapillarektasien und Parenchymveränderungen, meist an der Peripherie der Läppchen, bestanden. Hierbei wäre gegenüber der im letzten Referate betonten Auffassung von Poten zu erwähnen, daß sich bei zwei Lebern Heilungs- und Regenerationsvorgänge erkennen ließen; in weiteren zwei Fällen erstreckte sich die Nekrose auch auf das Bindegewebe der Glissonschen Kapsel. Nach Konstantinowitsch sollen die Leberveränderungen der nicht letalen Fälle von Eklampsie zum anatomischen Bilde der Leberzyrrhose führen.

Einen wichtigen Beitrag zu der noch immer dunklen Ätiologie dieser Erkrankung bilden die Untersuchungen Hofbauers. Ausgehend von den Schmorlschen Untersuchungen, die uns die bekannten drei Formen der anatomischen Veränderungen an der Peripherie der Leberazini kennen lehrten, nämlich *a)* Nekrose, *b)* Hämorrhagie, *c)* Thrombose der Kapillaren, kam Hofbauer zu dem Schlusse, daß diese Lokalisation mit Bestimmtheit darauf hindeutet, daß die Noxe den Leberläppchen auf dem Wege der Blutbahn zugeführt wird und es nur der Beantwortung der Frage bedarf, ob die Nekrose primär durch diese Noxe oder sekundär durch die Thrombose der Kapillaren hervorgerufen wird. Nun konnten nach diesem Autor eine Reihe von Stoffen, welche bei künstlich durchgeführter Leberautolyse auftreten, auch in den kurz nach dem Tode verarbeiteten Lebern von Eklamptischen isoliert werden, und zwar:

I. Amidosäuren (Leuzin, Tyrosin, Glykokoll);

II. Fettsäuren (Milchsäure, Ameisensäure, Bernsteinsäure);

III. endlich Lysin- und Purinbasen.

Die Vorgänge in der Leber sind somit als partielle, autolytische anzusprechen. Hofbauer will damit nicht den Schluß ziehen, als ob wir berechtigt wären, irgend eines dieser Stoffwechselprodukte etwa in toxikologischer Beziehung in den Vordergrund zu rücken. Derartige autolytische Phänomene werden eben dann ausgelöst, wenn im Blute Stoffe zirkulieren, welche jene Faktoren, die normaliter die Wirkung intrazellulärer Fermente hemmen, paralysieren. Solche Stoffe sind in erster Linie die Globuline. Der Autor vertritt nun die Anschauung, daß die gesteigerte Ausfuhr der der Plazenta schon normalerweise innewohnenden hochaktiven Fermente (Hämolysine, eiweißspaltende Fermente u. dgl. m.) und deren Übertritt in die materne Zirkulation diejenigen deletären Erscheinungen auslöst, welche nach dem Einschwemmen derartiger Stoffe in den Kreislauf auftreten, nämlich Hämolyse mit konsekutiver Globulinvermehrung, Hämoglobinämie, Fibrinvermehrung, Hyperleukozytose, Parenchymdegeneration, Blutungen, Thrombose etc.

Eine Darstellung des Herganges der Eklampsie würde also nach Hofbauer lauten:

Etappe I: Plazenta als Agent provocateur;

Etappe II: Herz, Leber, Niere (Degenerationen, autolytische Prozesse);

Etappe III: Gehirnprozesse.

Die Äußerung Hofbauers, derzufolge also auch die normale Plazenta die Trägerin des Giftes ist, das zu seiner Aktivierung nur besonders günstiger Umstände bedarf, findet neuerlich auch in R. Freund einen Vertreter. Freund glaubt, daß jede Pla-

zenta, nicht nur die eklamptische, das Gift enthält. Bei Nachprüfung der Versuche von Weichardt und Pilz fand der Autor, daß das Erhitzen des Toxins auf 60° innerhalb einer Stunde dessen Wirksamkeit aufhebt. Bei intraperitonealer Einverleibung wirkte das Syncytiotoxin weder beim Kaninchen, noch bei der Maus. Kontrollversuche mit dem Körpereiweiß anderer Organe fielen hierbei negativ aus.

Donath hat sich unter Bezugnahme auf die Arbeiten von Zweifel und von Lockemann, welche Autoren bekanntlich im Aderlaßblute, im Harn, im Plazentarextrakt eklamptischer Frauen, wie endlich im Nabelschnurblut ihrer Föten Fleischmilchsäure nachweisen konnten, welche sie, da das Aderlaßblut gesunder Menschen sich stets frei von dieser Säure erweist, in genetischen Zusammenhang mit dieser Erkrankung bringen, die Aufgabe gestellt, zu untersuchen ob:

I. die Milchsäure in der Zerebrospinalflüssigkeit von Epileptikern vorkommt?

Hierbei konnte weder in neun Fällen genuiner Epilepsie, noch auch in einem Falle von Alkoholepilepsie jemals eine Spur von Milchsäure gefunden werden;

II. Die direkt in großen Mengen in die Blutbahn eingeführte Milchsäure überhaupt imstande ist, konvulsive Wirkungen hervorzurufen?

Trotz der intravenösen Einverleibung von bis zu 1·5% milchsaurem Natrium zeigten die Versuchstiere außer vorübergehender Somnolenz keine Erscheinungen: Krämpfe traten nicht auf.

Da im Harn von Epileptikern kurz nach dem Anfalle (Araki, Inoye und Saki), andrerseits nach andauernden Muskelanstrengungen (Spiro, Colosanti und Moscatelli), ferner nach heftigen Wehen (Vicarelli), endlich bei hochgradiger Anämie (Hoppe-Seyler), ja selbst bei akuter gelber Leberatrophie und einer ganzen Reihe von Vergiftungen, also Zuständen, die mit Krämpfen nichts zu schaffen haben, Milchsäure gefunden wurde, glaubt Donath, daß derselben als einer rein sekundären Erscheinung — dem Produkt der Muskelkrämpfe — eine ursächliche Bedeutung für die puerperale Eklampsie nicht innewohnen könne. Da die vom Autor zu den Versuchen verwendete Gärungsmilchsäure mit der von Zweifel nachgewiesenen Fleischmilchsäure ihrer chemischen Konstitution nach identisch ist — beide sind Äthylidenmilchsäuren — gilt der letzte Satz auch für die Fleischmilchsäure.

In einer überaus überzeugenden Sprache sucht Brauns Anhänger für eine neue Hypothese zu gewinnen, derzufolge es sich bei der Eklampsie um eine tuberkulöse Splitterinfektion handelt, die als ätiologisches Moment für die Erkrankung an Eklampsie anzusehen ist — wer würde hier nicht an Zweifels geflügeltes Wort denken! Mit Hilfe der Spenglerschen Karbol-Fuchsin-Pikrin-Methode konnte der Autor in den Abstrichpräparaten aus dem zentrifugierten Harnsedimente seiner zehn Eklampsiefälle die kleinen violetten Tuberkelsplitter nachweisen. Wenn auch der Nachweis der Kochschen Bazillen nach der Ziehlschen Methode, unter diesen 10 Fällen 6mal mißlang — in 3 der 4 auf Tuberkelbazillen positiv befundenen Fälle bestand schwere hereditäre Belastung, es konnte sich demnach nach Ansicht des Referenten um Koinzidenz beider Erkrankungsformen handeln — so setzt sich der Autor über diese schwache Stelle der Theorie mit der Behauptung hinweg, daß „die Diagnose auf Erkrankung an Tuberkulose nicht unbedingt an den Stäbchenbefund gebunden ist, sondern der Splitterbefund vollständig genügt, um die Diagnose auf Tuberkulose bzw. Perlsuchterkrankung zu stellen!“

Brauns glaubt, daß, sobald sich Keime tuberkulöser Erkrankung im Organismus befinden, diese einen günstigen Boden finden sich auszubreiten und eine Anhäufung

derselben in Form von Splittern in der Niere stattfindet, in welchem Organe das bazilläre Wachstum vermindert ist. Die Splitteransammlungen in den Nierenzellen soll diese außer Funktion setzen, und falls sich hierzu noch der Druck des graviden Uterus oder die Stauung im Pfortaderkreislauf summiert, eine vollkommene Unwegsamkeit die Folge sein, welche weiter zur Resorption von Harnstoff ins Blut und damit zum Bilde der Urämie führt. Der Druck auf die durch die Harnstoffübersättigung so überaus empfindlich gestimmten Ganglienzellen führt nach der Auffassung des Autors zur Auslösung der Krämpfe.

Braak und Mijnlieff berichten zunächst kasuistisch über einen bei einer schweren puerperalen Eklampsie gefundenen Abdominaltumor, der gleichzeitig mit der Abnahme der Konvulsionen am dritten Tage gänzlich geschwunden war und seiner Form nach nichts anderes als die stark vergrößerte rechtseitige Niere sein konnte. Die Autoren erklären, daß neben dem hypothetischen Gifte auch noch ein mechanisches Moment — der Druck auf die Ureteren — die Veranlassung für den Ausbruch der Krampfanfälle gewesen sein mag. Die Behinderung des Harnabflusses durch dieses mechanische Moment führt zunächst zur Kompression der Vasa efferentia und der Glomerulusschlingen. Die Kompression dieses Kapillarsystems ruft in weiterer Folge eine Erhöhung der intrarenalen Spannung hervor, und die hierdurch bedingte, möglicherweise plötzliche, venöse Stauung führt schließlich zur vollständigen Aufhebung der Zirkulation, bei Anschwellung des ganzen Organes mit konsekutiver Degeneration des sezernierenden Epithels. (Theorie von Korteweg. Ref.) Diese venöse Stase kann nach Mijnlieff spontan zurückgehen, einmal durch Entwicklung kollateraler Bahnen, wie durch ein Nachgeben der fibrösen Kapsel, endlich durch die Aufhebung des Druckes.

Wir werden an anderer Stelle aus einer neueren Publikation von Sippel sehen, daß die von diesen Autoren in den Vordergrund gerückte Erhöhung der intrarenalen Spannung, die in ihren höchsten Graden gleichbedeutend ist mit dem von Reginald Harrison als Nierenglaukom bezeichneten Befunde, durchaus nicht für alle Fälle zutrifft. Hat man des ferneren Gelegenheit, die als Folge des Druckes auf den Ureter anzusprechenden, ganz bedeutenden Dilatationen über der komprimierten Stelle bei Autopsien von an interkurrenten Erkrankungen in puerperio verstorbenen Frauen zu beobachten, bei welchen von irgend welchen eklamptischen Symptomen im Verlaufe der Geburt keine Rede sein konnte, dann wird man auch der von Mijnlieff in den Vordergrund gerückten Bewertung des mechanischen Momentes nicht bedingungslos das Wort sprechen können.

Auch eine schwere Indigestion, die im VI. Lunarmonat dem Ausbruche der Eklampsie vorausging, wird von Rendu in ätiologische Beziehung zu dieser Erkrankung gebracht.

Vaquez stellt in Abrede, daß Blutdrucksteigerung während der Schwangerschaft und des Wochenbettes eine physiologische Erscheinung sei und führt die „arterielle Hypertension“ als Attribut der Eklampsie an. Der Kausalnexus zwischen arterieller Drucksteigerung und Eklampsie wird vor allem durch die sphygmomanometrische Messung erbracht, die ein Überschreiten der normalen Werte um 10—12 *cm* erkennen läßt. Die Eklampsie verhält sich bezüglich des Blutdruckes und der Akzentuation des zweiten Aortentones analog den Verhältnissen bei Saturnismus und Morbus Brightii. Da die Blutdrucksteigerung den Konvulsionen vorausgeht und meist unmittelbar vor den Anfällen paroxysmale Werte erreicht, kann sie nicht als Folge derselben angesehen werden. Der Standpunkt des Autors gipfelt

überhaupt in der Auffassung, daß die pathologischen Befunde bei Eklampsie durchwegs als Folgeerscheinungen der Blutdrucksteigerung anzusehen sind; das gilt in gleicher Weise von den Hämorrhagien in den verschiedenen Organen wie von den sonstigen Organveränderungen. Eine Reihe klinischer Symptome, wie Amaurose und Hemianopsie, ja sogar die Tetanie und Delirien werden vom Autor auf den der Eklampsie zugrunde liegenden Gefäßkrampf bezogen. Dieser Gefäßkrampf führt, sobald er rasch vorübergeht, durch die konsekutive, arterielle Ischämie zu schweren, parenchymatösen Degenerationen der Leber und der Niere; sobald er jedoch längere Zeit anhält, zu schweren Folgeerscheinungen, wie Hirnblutung, akute gelbe Leberatrophie und Nephritis.

Auf einem ähnlichen Standpunkt bezüglich der genetischen Bedeutung des Gefäßkrampfes wie der eben angeführte Autor steht auch O. Büttner, dessen überaus lesenswerte Arbeit in einem arteriellen Gefäßkrampfe die Grundursache für die Auslösung der eklamptischen Krämpfe erblickt. Läßt sich schon bei der normalen Gravidität mit Hilfe der kryoskopischen Funktionsprüfung eine gewisse Niereninsuffizienz feststellen, die ihrer Genese nach in der schlechten Durchblutung dieses Organes im Zustande der Gestation begründet ist und die bei vielen Graviden zur Sukkulenz und Ödem des sezernierenden Epithels führt, bei anderen wiederum die Charaktere der Schwangerschaftsniere erreicht, so gilt dies in noch weit höherem Grade von dem Harne im Krampfstadium der Eklampsie. Die schlechte Durchblutung ist hier nach Ansicht des Autors sicher die Folge eines Gefäßkrampfes in der Niere und bedingt derart schwere Ernährungsstörungen, daß eine ausgesprochene Niereninsuffizienz eintritt, deren weitere Folge schließlich eine starke Erhöhung der molekularen Blutkonzentration ist. Allerdings ist diese letztere für die Ätiologie der Eklampsie gleichgültig: nicht durch die Überladung des Blutes mit harnfähigen Stoffen wird der Krampfanfall ausgelöst, sondern, wie oben bemerkt, durch den Spasmus der arteriellen Hirngefäße. Das auslösende Moment für diesen Gefäßkrampf selbst ist derzeit unbekannt.

Eine auch im Sammelreferat für 1906 enthaltene Beobachtung Olshausens, worin der Vortragende über eine Patientin berichtet, die in 20 Stunden 56 Anfälle glücklich überstanden hatte — Ref. möchte hier auf die in demselben Referate angeführte Publikation von C. Aale, der die exorbitante Zahl von 368 Anfällen in 24 Stunden zugrunde gelegt ist, hinweisen —, gibt Fr. Engelmann Anlaß, einen selbst beobachteten Fall anzuführen, bei welchem $4^1/_2$ Tage nach vollständigem Sistieren einer Reihe von Anfällen weitere 155 in 28 Stunden mit Ausgang in Heilung folgten —, die Gesamtzahl betrug nahezu 200 Anfälle. Für den günstigen Ausgang des Falles macht der Autor geltend, daß die Nieren nur wenig geschädigt waren und darum auch in ausgiebiger Weise funktionierten, was Engelmann durch die Untersuchung der Konzentration des Blutes sowohl wie des Harns zu erhärten versucht.

Was zunächst die Blutkonzentration anlangt, so stieg dieselbe von $\delta = -0.585^0$ auf $\delta = -0.63^0$. Überraschenderweise betrug nun der Gefrierpunkt bei der fast schon moribunden Patientin in der Zeit der größten Dichte der Anfälle $\delta = -0.59^0$, näherte sich also wieder der Norm: in der Tat sistierten von da an die Krämpfe.

Was nun den Harn anlangt, so fand der Autor in den ersten Tagen mit steigender Quantität des Harns von 300 cm^3 auf 800 cm^3 auch eine Erhöhung der osmotischen Konzentration von $\Delta = 1.10^0$ auf $\Delta = 1.45^0$. Nach neuerlichem Einsetzen der Anfälle sank mit dem Abfall der Harnquantität auch der Gefrierpunkt auf 0.9^0, Hand in Hand mit der Erhöhung der Konzentration des Blutes auf $\delta = -0.63^0$.

Ref. möchte an dieser Stelle bezüglich der Wertigkeit der Kryoskopie auf die jüngst im Verlage von Braumüller erschienene Monographie von G. Kapsammer hingewiesen haben, worin der Autor die Ansicht ausspricht, daß die Kryoskopie des Harns wie des Blutes zwar eine sehr interessante Untersuchungsweise darstelle, für die Praxis jedoch keinen diagnostischen Wert besitze, der von vielen Seiten angenommen wird.

Die Bestimmung des Eiweißgehaltes ließ im Falle Engelmanns gegenüber dem nach der Auffassung dieses Autors so empfindlichen Indikator der Gefrierpunktsbestimmung von Blut und Harn vollständig im Stich, da der ursprüngliche Albumengehalt von 4% konstant sank und auch zur Zeit der akutesten Niereninsuffizienz nur mehr Spuren betrug.

Ähnlich der im letzten Referat berichteten Beobachtung von Veit verfügt auch Hamel über zwei Fälle, die mit Hämoglobinurie und Hämoglobinämie einhergingen und zum Exitus kamen. Auffallend war das rasche Auftreten und die rasche Zunahme eines Ikterus. Das Hämoglobin, welches das nach dem Aderlaß vom Blutkuchen abgesetzte Serum schwarzrot gefärbt hatte, wurde durch das Spektroskop zum Nachweise gebracht, ebenso wie im Urin. Die Niere zeigte das Bild schwerster parenchymatöser Entzündung mit Hämoglobinablagerung in den Kanälen.

Über Eklampsie ohne Krämpfe berichten in diesem Referatjahre Reinecke, ferner Schlutius.

Ersterer beobachtete in der Klinik Hofmeiers eine 19jährige Primipara, die, ohne jemals einen Krampfanfall gehabt zu haben, plötzlich Magenerscheinungen aufwies, worauf mehrmaliges Erbrechen eintrat. Bei kleinem, frequentem Puls (120) und beschleunigter Atmung (60) trat Koma ein, das unter Cheyne-Stokesschem Typus allmählich in den Exitus hinüberleitete. Die Autopsie ergibt in großen Zügen Degeneration des Myokards, Hämorrhagien im Peri- und Endokard, akute, parenchymatöse Entzündung der Nieren und fettige Degeneration der Leber. Der Autor, der ursprünglich an eine Phosphorvergiftung dachte, kommt per exclusionem zur Diagnose Eklampsie ohne Krämpfe.

Schlutius berichtet über eine 28jährige Erstwöchnerin, die 5 Minuten nach beendeter Nachgeburtsperiode bei gleichzeitiger Anämie der Schleimhäute mit mydriatischen Pupillen von Unruhe befallen wird. Hierbei waren ein geringes Zucken im Bereiche der Mm. supra- und infraspinatus, cucullaris, deltoideus und ein unwillkürliches Trommeln der linken, früher paretischen Hand unverkennbar. Die Unruhe wechselte mit 5—10 Minuten währendem Koma durch mehrere Tage hindurch ab. Da die ophthalmoskopische Untersuchung nichts für Albuminurie Spezifisches ergab, spricht Schlutius den Fall als „Eklampsie ohne Krämpfe“ an und reiht ihn den Beobachtungen von Binder, Esch, Schmorl, Meyer-Wirz, Labhardt u. a. m. an.

Einen breiteren Raum in den Arbeiten des letzten Jahres nimmt die Therapie ein. Wenn sich hierbei auch gegenüber einem mehr radikalen Prinzipe Anhänger der exspektativen Therapie zum Worte melden, so bleiben dieselben doch beträchtlich in der Minderzahl. Es mag hierbei nicht unerwähnt bleiben, daß selbst über in der Behandlung dieser Erkrankung alteingebürgerte kurative Maßnahmen bezüglich deren Zweckmäßigkeit keineswegs volle Einigung herrscht. Während Croft als Anhänger der konservativsten Richtung der breitesten Anwendung der Diuretika, Diaphoretika sowie den Kochsalzinfusionen, dem Aderlaß und der Narkose das Wort spricht, wogegen er alle größeren operativen Eingriffe verwirft, erblickt hinwiederum Engelmann in dem Bestreben zur Steigerung der Diaphorese angesichts der bekannten niedrigen osmotischen Konzentration des Schweißes nur das schädliche Beginnen der Entziehung der

dem Körper gerade nützlichsten Flüssigkeit, ja der Autor ist geneigt, in der so häufig zu beobachtenden Anurie nur ein Heilbestreben der Natur durch Zurückhalten der notwendigen Wassermengen zu erblicken. Daß auch die vielenorts empfohlenen Kochsalzinfusionen nicht allgemeine Anerkennung genießen, ist aus der im letzten Referate zitierten Arbeit Harrars zu ersehen.

Das auf der Klinik von Bumm herrschende Regime befolgend, hat Strempel in einem Falle schwerster Eklampsie, den er mittelst Muttermundinzisionen und hohem Forzeps entbunden hatte, in dem Zeitraum von 48 Stunden auf die entsprechenden Indikationen hin künstliche Atmung alternierend mit Abklatschen mittelst naßkalter Kompressen, Kochsalzinfusion, Kampfer, Koffein, Herzeisblase und Herzmassage in Anwendung gebracht. Obgleich die rasch nach der Entleerung wieder einsetzende Tätigkeit der Nieren die Prognose nicht ungünstig erscheinen ließ, glaubt der Autor doch vollständig sicher zu sein, „daß bei jeder anderen Behandlungsweise die Patientin bestimmt verloren gewesen wäre".

Die von Giulio Vassale inaugurierte Parathyreoidintherapie wurde von Kaiser bei der Behandlung eines Falles schwerster puerperaler Eklampsie mit $^{9}/_{10}$ Volumen Eiweiß bei zwei Tage andauerndem Koma und völlig unregelmäßigem, debilem Pulse zur Anwendung gebracht, wobei das aus dem Mailänder serotherapeutischen Institute bezogene Präparat in vier intramuskulären Injektionen zu je 2 *g* verabreicht wurde. Die auffällig rasch eingetretene Entgiftung des Körpers sowie die rasche Besserung des Pulses in Frequenz und Qualität will Kaiser ausschließlich dem Vassalschen Präparate gutschreiben. Ref. möchte jedoch mit Rücksicht darauf, daß überdies auch noch eine Reihe anderer Maßnahmen, insbesondere Aderlaß, Infusion und Schwitzbad zur Anwendung kamen, also durchwegs Prinzipien, mit Hilfe derer auch sonst manch schöner Erfolg erzielt wurde, die Auffassung des Autors keineswegs für unantastbar halten.

In Keyserlingk finden wir jenen Eklektiker, der sämtliche operativen Errungenschaften in den Dienst der Heilung dieser Erkrankung stellt und demgemäß in sieben Fällen von Eklampsie viermal mittelst der mechanischen Dilatation, zweimal mittelst vaginalen Kaiserschnittes, endlich einmal mit Hilfe des klassischen Kaiserschnittes an die Entleerung des Fruchthalters schritt. Unter den Bossifällen ereigneten sich zweimal Zervixrisse, die jedoch keine weiteren Folgen hatten. Sehr mit Recht bemerkt der Autor, daß Narben am Muttermunde bei Pluriparen wie rigide Weichteile älterer Primiparen die mechanische Dilatation kontraindizieren, ein Umstand, auf den Ref. wiederholt aufmerksam machte. Den vaginalen Kaiserschnitt im Privathause auszuführen, hält Keyserlingk nicht für empfehlenswert.

Die Operation nach Dührssen-Acconci erwirbt sich auch in diesem Berichtsjahre eine Reihe weiterer Anhänger. So empfiehlt Winter den vaginalen Kaiserschnitt, „der ein Verfahren darstellt, welches für die Mütter fast jeder Gefahr entkleidet ist und welches auch dem Kinde bei entsprechender Technik eine günstige Prognose verspricht, sofern es durch die Eklampsie noch nicht zu sehr geschädigt ist". Der Autor führt nach einleitender Episiotomie die vordere Gebärmutterspaltung so hoch als möglich, worauf bei über dem Becken stehenden Kopfe mittelst Wendung und Extraktion entbunden wird und nach Expression resp. manueller Lösung der Plazenta die exakte Naht folgt. Von 17 vaginalen Kaiserschnitten verlor Winter fünf Fälle, wovon zwei an den Folgen der Operation zugrunde gingen.

Ein Fall starb an einem Pyopneumothorax, ausgegangen von einer Embolie nach einer Thrombose der Uterinvenen, die ihrerseits wiederum die Folge eines Abszesses

im Septum vesicovaginale war. Der zweite Fall erlag einer Nachblutung aus dem oberen Wundwinkel. (Exakte Nahtversorgung dieser Stelle!)

Es verbleibt somit nach Abzug dieser beiden Fälle eine Mortalität von 12·5%. Die Indikation zu diesem Eingriff erblickt der Autor in dem Ausbruch der Eklampsie während der Schwangerschaft, wenn bei absolutem Mangel jeglicher Wehentätigkeit die Vergiftung als eine schwere bezeichnet werden muß, wobei Winter besonders hervorhebt, daß die dieserart Operierten beim Erwachen aus der Narkose oft gar keine zerebralen Erscheinungen haben und den Eindruck einer gesunden Rekonvaleszentin nach einer großen Operation machen.

Büttner, der in der Zeit der exspektativen Leitung 29—30% mütterlicher Mortalität hatte, befolgte unter den letzten zwölf Eklampsiefällen das aktive Prinzip.

Von neun Fällen, die vor Austritt der Frucht zur Beobachtung kamen, wurde einmal mittelst Forzeps bei erweitertem Orificium, zweimal mittelst Forzeps nach tiefen Inzisionen, einmal mittelst Bossi und Forzeps, endlich fünfmal mittelst vaginalem Kaiserschnitt entbunden.

Der Autor rühmt dem vaginalen Kaiserschnitt drei Vorzüge nach:

a) Die einfache Technik, die große Leistungsfähigkeit und Lebenssicherheit.

b) Das gelegentliche Vorkommen von Fällen, die spät entbunden keinen Nachlaß der Anfälle mehr zeigen, während dieselben Fälle bei früher bewerkstelligter Entbindung Effekt gehabt hätten.

c) Die Mortalität von 29—30% der früheren Jahre, die durch das aktive Prinzip, wie dies die Statistiken von Bumm und Veit lehren, nur günstiger, keinesfalls aber ungünstiger beeinflußt werden kann.

Bumm hatte in Halle, wie in Berlin bei dem Prinzip der Schnellentbindung nach dem ersten Anfalle eine Mortalität von 2—3% gegenüber jener beim exspektativen Verfahren von 25—30%. Während der Autor nach Beginn der Wehentätigkeit je nach gegebener Vorbedingung mittelst Zange oder Wendung entbindet resp. zur mechanischen Dilatation greift, empfiehlt er bei Mangel jeglicher Wehentätigkeit den vorderen Gebärmutterschnitt.

Von sonstigen therapeutischen Maßnahmen kommen nach Bumm noch in Betracht die subkutane Infusion reichlicher Mengen von physiologischer Kochsalzlösung, nicht unter $1^1/_2$ Liter, mehrmals täglich, zum Zwecke der künstlichen Anregung der Nierentätigkeit, ferner tagelang fortgesetzte künstliche Atmung und Herzmassage. Hingegen wird vom Autor die Verabreichung der Narkotika verworfen: „Man kann beobachten, daß bei schon sinkender Erregbarkeit des Nervensystems der Verfall durch Morphiumgaben nur beschleunigt wird und die Injektionen bei bereits Komatösen direkt verschlimmernd und unter Umständen tödlich wirken, indem sie die Herzkraft und die Atmung schwächen und damit den Eintritt des Lungenödems einleiten."

Der vaginale Kaiserschnitt findet endlich durch Publikationen von Flatau und Stähler warme Befürwortung. Stähler führte im Privathause wegen schwerer bedrohlicher Erscheinungen einmal die typische Hysterotomia vaginalis anterior et posterior aus; ein zweitesmal mußte, da trotz Herabholen des Fußes die Geburtsarbeit keine Fortschritte machte und die Symptome gefahrdrohend wurden, nach Herabholen des Fußes der straffe Muttermundssaum eingeschnitten und nach Ablösung der Blase die vordere Zervixwand bis zur Plika gespalten werden.

Beide Frauen genasen. Die zweite Patientin machte späterhin eine neuerliche Schwangerschaft durch, die, wie Stähler glaubt, infolge der Unnachgiebigkeit der Narbe im vorderen Muttermundsrand erst 67 Stunden nach Wehenbeginn zur spontanen Entbindung führte.

Dreimal wurde, wie den einschlägigen Publikationen zu entnehmen ist, aus dieser Indikation auch der klassische Kaiserschnitt ausgeführt. So konnte Seiffart in zwei Fällen, in welchen er sich wegen Häufung der Anfälle bei vollkommen erhaltenem Scheidenteil und nicht geöffnetem resp. kaum für einen Finger durchgängigem Muttermund hierzu gezwungen sah, Mutter und Kind lebend entlassen. Auch Kouwer entband eine 21jährige Erstgeschwängerte mit starken Ödemen der Beine und der Vulva bei verstrichener Zervix und für einen Finger geöffnetem Muttermund wegen Gefahr der Infektion bei beginnender Nekrose und infolge der schlechten Nierenbeschaffenheit mit Hilfe des klassischen Kaiserschnittes unter Stovain-Adrenalinanästhesie. Hierbei zieht Seiffart die klassische Sektio der vaginalen Methode vor, weil die erstere schneller zum Ziel führt und die beim Dührssenschen Kaiserschnitt erforderlichen tiefen Scheidendamminzisionen mitunter noch lange schmerzhafte und unbequeme Narben zurücklassen.

Als ein sich von Jahr zu Jahr neue Anhänger werbendes Heilungsprinzip, das namentlich in Deutschland nur zögernde Aufnahme fand, erscheint in den einschlägigen Publikationen des Berichtsjahres die von Edebohls in die Behandlung der Eklampsie eingeführte Kapselspaltung, die Nephrodélibération der französischen Autoren.

Ref. darf als bekannt voraussetzen, daß, nachdem Reginald Harrison (1878) durch bloße Inzision des Nierengewebes, später Le Dentu (1881) durch Spaltung der Nierenkapsel in einschlägigen Fällen Erfolge zu verzeichnen hatten, Ralf, Johnston, Bloch, Rovsing, Israel u. a. auf der betretenen Bahn folgten. Der im Jahre 1903 erschienenen Monographie von G. M. Edebohls ist zu entnehmen, daß der Autor in achtzehn Fällen von Brightscher Krankheit durch Abziehen der Capsula propria mit darauffolgender Exstirpation der Kapsel, und zwar sowohl einseitig wie doppelseitig achtmal Erfolge erzielt haben will. Edebohls nimmt an, daß die Heilung durch Neubildung zahlreicher zur Niere ziehender Arterien in den zwischen Nierenparenchym und Fettkapsel entstehenden bindegewebigen Adhäsionen eingeleitet wird; die zunehmende Blutversorgung führt nach Auffassung dieses Autors zu einer graduellen Absorption der Entzündungsprodukte und zu regenerativer Neubildung sezernierender Nierenepithelien. Diese bei der chronischen Nierenentzündung beobachteten Erfolge wurden später von Edebohls auch auf die Eklampsieniere übertragen, wobei der Autor eine überaus radikale Richtung inauguriert wissen möchte: A woman suffering from uraemic convulsions is entitled to the positive benefits of decapsulation, whether pregnant, in labor or in the puerperium.“ Es möge hier erwähnt werden, daß diese Auffassung von Mijnlieff und ursprünglich selbst von Gauss geteilt wurde, wie aus den Worten dieses Autors hervorgeht: „Wir glauben damit für unseren Fall eine Überlegenheit der Decapsulatio renum über die frühzeitige Entbindung ableiten zu dürfen“ und wenige Zeilen später: „Es läßt sich die Forderung vertreten, die Dekapsulation jedesmal schon dann vorzunehmen, wenn die Diagnose Eklampsie feststeht“, eine Forderung, der bekanntlich schon Sippel den Grundsatz gegenüberstellte, daß eine Schwangere nicht zu operieren, sondern zu entbinden sei. Der Operation von Edebohls wurde in Frankreich durch Pinard, Cavaillon und Trillat, ferner de Bovis, in

England durch Jardine Edebohls, in Deutschland durch Sippel theoretisch, praktisch durch Polano, Krönig, Gauss, endlich Franck der Weg geebnet.

Im Falle Francks handelte es sich um eine 26jährige Drittgeschwängerte im vierten Lunarmonate, die tief komatös mit Trachealrasseln, erloschenen Kornealreflexen, mit frequentem Puls (128) im schwersten Status eclampticus eingeliefert, nach bewerkstelligter Dilatation des Zervikalkanales entbunden wurde. Die Indikation zur beiderseitigen Nierendekapsulation ergab der Umstand, daß innerhalb der nächsten 17 Stunden 33 Anfälle auftraten, der Puls sich stets in seiner Qualität verschlechterte und bei der moribund erscheinenden Patientin Suppressio urinae bestand. Hierbei erwies sich die linke Niere dunkelrot und stark geschwollen. Trotz der 24 Stunden nach der Operation einsetzenden Besserung mit Wiederkehr der sekretorischen Funktion der Niere — die Harnmenge steigt von 127 *cm*³ auf 1313 *cm*³, der Eiweißgehalt sinkt von 4‰ auf 0 — tritt nach 2½ Tagen der Exitus ein. Franck glaubt, daß die Kapselspaltung im vorliegenden Falle zu spät ausgeführt wurde.

Daß auch einseitige „Nephrolyse" von Erfolg begleitet sein kann, lehrt der Fall von de Bovis, welcher Autor nach der vier Stunden p. p. ausgeführten Operation rasch eine beträchtliche Steigerung der Harnsekretion beobachten konnte.

Ein Fall von Wochenbettseklampsie war es auch, den Polano publiziert, wobei der Autor ausdrücklich hervorhebt, daß ein Vorquellen des Organes aus dem Kapselschnitte, das auf eine entspannende Wirkung hätte schließen lassen können, nicht wahrzunehmen war. Trotz Anstieges der Harnsekretion von 150 *cm*³ auf 920 *cm*³ ging die Patientin 19 Stunden p. op. unter dem Bilde des Lungenödems zugrunde.

Gauss berichtet über zwei auf der Krönigschen Klinik zur Beobachtung gekommene Fälle. Im ersten Falle sah sich Krönig, da die Eklampsie nach der mit Forzeps beendeten Geburt nicht sistierte, nach dem elften eklamptischen Anfalle bei 39° Temperatur und 152 Puls, bei desolatem Allgemeinzustande — 13 *cm*³ Harn pro Stunde — zur beiderseitigen Kapselspaltung gezwungen. Die Niere ließ hierbei weder eine starke Schwellung noch eine Spannung ihrer Kapsel erkennen. Nach der Operation erfolgten nur mehr zwei Anfälle. Das früher dauernd aufgehobene Bewußtsein kehrte schon zwei Stunden post operationem wieder. Die stündliche Harnproduktion von 13 *cm*³ stieg bereits 3 Stunden später auf 73 *cm*³ und erreichte nach 3 Tagen eine Durchschnittsmenge von 150—160 *cm*³. Aus dem Umstande, „daß die post operationem einsetzende reichliche Urinsekretion schon ihren Anfang nahm, ehe noch das wiederkehrende Bewußtsein eine reichliche Flüssigkeitszufuhr ermöglichte", schließt der Autor, „daß das Wiederkehren der Nierentätigkeit auf die Dekapsulation allein zurückzuführen ist".

Der zweite innerhalb kurzen Zeitraumes in derselben Klinik beobachtete und von Gauss operierte Fall bietet dem Leser allerdings die Kehrseite der Medaille. Bei erhaltener Zervix und zweimarkstückgroßem Muttermunde wird, da die stündliche Harnmenge auf 6 *cm*³ gesunken war, im Vertrauen auf die im vorigen Falle dokumentierte Leistungsfähigkeit der Methode nach dem sechsten Anfalle die doppelseitige Dekapsulation ausgeführt, wobei sich bezüglich des Zustandes beider Nieren der dem vorigen gleiche Befund erheben läßt. Der Operation folgten nun in halb- bis dreiviertelstündigen Intervallen gegenüber dem eineinhalbstündigen Typus ante operationem weitere elf Anfälle. Das anfänglich stets wiederkehrende Bewußtsein war seit der Dekapsulation dauernd aufgehoben, Puls und Temperatur stiegen konstant

an, wogegen die stündliche Harnmenge sich auf gleicher Höhe — 6 cm^3 pro Stunde — hielt; auch das spezifische Gewicht wie die osmotische Konzentration des Harnes zeigten seit der Operation steigende Tendenz, bis sich Gauss angesichts des desolaten Zustandes zur Schnellentbindung mittelst vaginalen Kaiserschnittes veranlaßt sah. Beide Fälle gingen übrigens in Heilung über.

Seine ursprüngliche Forderung, die Dekapsulation jedesmal schon dann vorzunehmen, wenn die Diagnose Eklampsie feststeht, schränkt Gauss, nunmehr durch den Verlauf des letztgeschilderten Falles belehrt, dahin ein, daß es zweckmäßig erscheint, Accouchement forcé und Dekapsulation regelmäßig in einer Sitzung auszuführen, da nach Ablauf mehrerer Stunden die fortschreitende Toxinbildung den Körper bereits so schwer geschädigt haben kann, daß die Wirkung der verspätet eingreifenden Kapselspaltung in Frage gestellt ist!

Aber auch Mijnlieff nimmt, entgegen der radikalen Auffassung von Edebohls, gegenwärtig einen konservativeren, der Forderung Sippels entsprechenderen Standpunkt ein, mit der gewiß allgemeine Zustimmung findenden Begründung, daß niemand die Versicherung geben könne, daß nach der Operation nicht abermals eine neue Stauung auftreten kann, die wiederum Eklampsie hervorzurufen geeignet sei.

Die differierenden Befunde der einzelnen Autoren bezüglich des Zustandes der Nieren im Momente der Kapselspaltung klärt Sippel, dem Referent zum Schlusse dieses Abschnittes das Wort einräumen möchte, dahin auf, daß man hier strenge zwei Formen auseinanderhalten müsse, und zwar:

a) die plötzlich entstandene Nierenschädigung durch Stauung im Venen- oder Ureterengebiet mit intrakapsulärer Drucksteigerung (Reginald Harrisons Nierenglaukom);

b) die allmählich entstandene Nierenschädigung im Gebiete der Nierenkapillaren durch das hypothetische Toxin, wobei die geschädigten Kapillaren seröse Flüssigkeit in das umgebende Gewebe austreten lassen und hierdurch rückwirkend wieder eine Kompression derselben mit schwerer Beeinträchtigung der Nierenfunktion veranlaßt wird. Die solcherart geschädigten Organe sind in ihrem Volumen ebenfalls vergrößert, infolge der mangelnden intrakapsulären Spannung, wie der serösen Durchtränkung matsch und weich, oder schwappend — analog dem gewohnten Bilde der „toxischen Niere“. Der Effekt der Aushülsung ist nun in beiden Fällen der gleiche; wirkt dieselbe bei der ersteren Form durch Herabsetzung der intrakapsulären und somit intrarenalen Drucksteigerung, so erfolgt die Wirkung bei der durch allmähliche Schädigung entstandenen toxischen Niere dadurch, daß durch das Abstreifen der Kapsel die Gewebsspalten der ganzen Nierenoberfläche frei eröffnet werden, aus denen sich dann die ödematösen Flüssigkeitsansammlungen, ebenso wie die Ödeme in anderen Geweben, nach außen entleeren können.

An dieser Stelle seines Berichtes möchte nun der Referent über einen neuen Versuch zur Klärung dieser dunklen Frage sprechen, indem er auf den Bericht der ihm in gewissem Sinne denkwürdig erscheinenden Sitzung der Société d'obstétrique in Paris vom 19. Dezember 1906 hinweist. Nachdem die bald endlose Reihe der Hypothesen, die an nahezu sämtlichen mütterlichen Organen — die Hypophyse erscheint noch immer als Freiplatz für die Bewerbung verlockend — mit mehr oder minder glücklichem Erfolge ihre Verankerung suchten, nunmehr erschöpft erscheint, bietet

sich der spekulativen Eklampsieforschung durch Maire ein neuer Angriffspunkt — der Ehegatte. Infektiöse Erkrankungen, welche die Ehemänner in drei beobachteten Fällen kurz vor der Konzeption überstanden hatten (Skarlatina, Erysipel, Typhus), werden in einen ursächlichen Zusammenhang mit der Erkrankung gebracht und es erscheint dem Referenten charakteristisch für den Mystizysmus, der dieses Krankheitsbild umwebt, wenn Bonnaire in der Diskussion zu diesem Vortrage diese neueste Theorie nicht so vollkommen aus dem Bereiche jeder Möglichkeit liegend erklärt.

Aus fremdsprachiger Literatur.

Aus der russischen Literatur.

Jahresbericht 1907.

J. A. = Journal akuscherstwa u. Jenskich Bolesnei. R. W. = Russki Wratsch. M. O. = Medizinskoje Obosrenie. Wo die Jahreszahl fehlt, ist 1907 anzunehmen.

(Fortsetzung und Schluß.)

Himmelfarb (Odessa), Zur operativen Behandlung des primären Scheidenkrebses. J. A., 1907, XXI, 9.

Kommt in 2% aller Krebse vor.

Blagowolin hat bis 1898 146 Fälle aus der Literatur gesammelt. Himmelfarb dazu noch 25 Fälle bis 1906; im ganzen also 172 Fälle.

Zwei Formen kommen vor: 1. Diffus im ganzen Scheidenrohr; 2. lokalisiert als Geschwulst blumenkohlartig oder trichterförmig. Die letztere Form bietet operativ Interesse. Kommt meist (60%) an der hinteren Wand vor, die sekundären verbreiten sich mehr an der vorderen Wand. Die operativen Erfolge sind sehr schlecht. Rezidive treten bald ein und die primäre Sterblichkeit ist groß. Es wurde daher immer ausgiebiger operiert. Um zu erfahren, wie der Erfolg ist, müssen die Spätresultate mitgeteilt werden.

Verfasser hat vor 3 Jahren einen Fall operiert, wobei der Uterus, die Scheide und das Rektum bis zur Hälfte der Flexura sigmoidea entfernt wurden und ein Anus praeternaturalis neben der Spina oss. ilei ant. sup. sinist. angelegt und 3 Tage nach der Hauptoperation eröffnet wurde.

In 8 Wochen füllte sich die Höhle aus und Patientin ist vollständig genesen. Der Anus praeternaturalis belästigt sie wenig. Bis jetzt 3 Jahre kein Rezidiv.

Okintschitz, Zur Technik der Bauchnaht. R. W., 1907, 32.

Empfiehlt Bronze-Aluminiumdraht nach Buchman. Eiterungen sehr selten.

Dubintschik, Abnehmbare versenkte Nähte bei Laparotomien. R. W., 1907, 35.

Empfiehlt warm das in der Klinik von Lebedew geübte Verfahren zur Entfernung versenkter Nähte.

Stachowski, Metallnähte und Ligaturen. W. G., 1907, 33.

In 300 Fällen erprobt mit gutem Erfolge.

Wahrhaftig (Odessa), Zur Technik der Bauchnaht. J. A., 1907, XXI, 6—7.

Nach kurzem historischen Überblick geht er auf den Schnitt von Pfannenstiel über, der 57mal bei Operationen der Ovarien und Gebärmutteranhänge angewandt wurde.

Vorzüge sind die Schonung der Därme, gute Übersicht der Beckenorgane und Vermeidung von Bauchhernien. Die Bauchwunde in drei Etagen genäht: Bauchfell, Faszie und Haut.

Himmelfarb, Zur Kasuistik und Diagnostik der Geschwülste der Bauchhöhle. Arbeiten der Gesellschaft Odessaer Ärzte, 1906, III.

2 operierte Fälle. 1. 17 Jahre. Im Douglas eine höckerige Geschwulst, beweglich, ohne Zusammenhang mit den Genitalorganen.

Diagnostiziert: Bösartige Neubildung, vom Darmkanal ausgehend, was auch gefunden wurde. Viele Drüsen geschwellt. 84 *cm* Dünndarm reseziert. Isoperistaltische Enterostomose.

2. Fall. 40 Jahre. Im Unterleibe eine Geschwulst zweifaustgroß, höckerig, fest; große Beweglichkeit. Linkes Ovarium zu fühlen, rechtes nicht zu fühlen Diagnostiziert: Cystoma ovarii dextr. Bei der Laparotomie findet man eine Geschwulst vom Mesenterium ausgehend, mit Dünndarmschlingen verwachsen. Resektion. Genesung.

Nach einigen Monaten Rezidiv und Kachexie. Tod.

Große Beweglichkeit in allen Richtungen spricht immer für eine Geschwulst des Dünndarms. Oft werden solche Geschwülste nicht richtig diagnostiziert.

Burdsinski (Tambow), Ovariotomie bei bestehender Schwangerschaft. Krukenbergsche Geschwulst. Rezidiv. Kaiserschnitt. Magenkrebs. J. A., 1907, XXI, 4.

Als Krukenbergsche Geschwulst wird eine bösartige Neubildung der Ovarien (fibrosarkomatöser Charakter mit schleimiger Degeneration von Zellengruppen, den Endotheliomen ähnlich) bezeichnet, wobei sich aber ein primärer Herd einer ebensolchen Geschwulst in der Magenwand, als Magenkrebs findet.

Pat. 26 Jahre, hat viermal geboren, jetzt 5 Monate schwanger, hat neben der Gebärmutter eine kopfgroße Geschwulst und freie Flüssigkeit in der Bauchhöhle. Sehr heruntergekommen.

Laparotomie: Entfernung der Geschwulst, die vom linken Ovarium ausgeht. Genesung.

Zum Ende der Schwangerschaft kommt Patientin wieder herunter und man findet im Douglas eine faustgroße Geschwulst, die den Beckeneingang verlegt. Kaiserschnitt. Kind 2570 *g*, lebt. Bauchfell durchsetzt mit Knoten, Geschwulst im Douglas unlösbar. Bauchhöhle geschlossen. Am 3. Tage Kollaps und Tod.

Sektion: Am Pylorus eine diffuse, feste Geschwulst, Magenwand um die Geschwulst infiltriert. Auf dem Durchschnitt stellenweise wabenähnlich. Kolloid. Ovarialgeschwulst 3250 *g*. Durchschnitt zeigt gleichmäßige Konsistenz, ohne Erweichungsherde, gelbliche Inseln.

Die Douglasgeschwulst auch von fester Konsistenz, marmoriertes Aussehen, gelbliche Inseln kolloiden Charakters. Zervix und Rektalwand durchwachsen von der Geschwulst.

Das mikroskopische Bild in allen drei Geschwülsten ist das gleiche, ist aber verschieden an verschiedenen Stellen. Wo die Schleimdegeneration mehr entwickelt ist, hat man das Bild von Gallertkrebs, an anderen Stellen sieht man Gruppen von Pflasterepithel oder auch rosenkranzartige Stränge, die an Endotheliome erinnern. Im Eierstock findet man stellenweise ausgesprochenen Bau von fibrosarkomatösem Gewebe, aber auch Drüsenkonglomerate und eine Art von Follikeln mit Schleimdegeneration.

Die Geschwulst im Douglas und der Peritonealknoten zeigen ganz denselben Bau. Die Magengeschwulst muß als die primäre Bildung aufgefaßt werden.

Hagen-Torn, Ovarialgeschwulst mit Bildung freier Körperchen in der Bauchhöhle. R. W., 1907, 31.

Bei der Operation einer kopfgroßen, vielkammerigen Ovarialgeschwulst findet man Perforation an einer Stelle und in der freien Bauchhöhle eine Unmenge gelblichgrauer Körperchen bis von Bohnengröße, flach, derb, elastisch, zuweilen an der parietalen

Wand anhaftend. Sie wurden mit der Hohlhand ausgeschöpft, konnten aber nicht alle entfernt werden. Waren auch zwischen den Darmschlingen. Der Inhalt der Zyste war dickflüssig, glasig, grüngelb.

Mikroskopische Untersuchung fehlt.

Nach 8 Monaten Geschwulst des anderen Ovariums, Auflagerungen auf den Darmschlingen, keine freien Körperchen mehr.

In den Bauchdecken bildet sich eine Geschwulst, Art Abszeß, erweist sich als Adenokarzinom.

Blagoweschtschenski, Chirurgia, September 1906.

1. Fibromyoma uteri, Hydrops tubae und Cystis ovarii.

44 Jahre. Die Geschwülste untereinander und mit den Darmschlingen durch Adhäsionen verbunden, die Tube und Zyste entfernt, der Uterus wird unberührt gelassen und nur die linke Art. spermat. unterbunden. Verlauf günstig.

2. Ovariotomie und Parametritis post. suppurativa.

30 Jahre. 6 Jahre krank. Vor einiger Zeit hatte man ihr das hintere Gewölbe eröffnet und viel übelriechenden Eiter entleert. Bei der Laparotomie findet man eine Eierstockzyste, die mit dem Netz und Darm Verwachsungen hat. Beim Stielbilden reißt die Zystenwand und es ergießt sich übelriechender Eiter. Die Bauchhöhle wird ausgetupft. Eröffnung des Douglas. Drainage. Genesung.

Doron (Odessa), Klinik Orlow, Myomotomie während der Schwangerschaft. J. A., 1907, XXI, 4.

30 Jahre. Dreimonatliche Schwangerschaft. An der Hinterwand eine faustgroße höckerige Geschwulst und daneben eine zweite von Taubeneigröße.

Laparotomie: Geburt zum Termin, ohne Störung.

Bogodurow (Moskau), Über die Anwendung von Bierhefe bei septischen Erkrankungen. J. A., 1907, XXI, 5 u. 6.

Nach ausführlicher Literaturübersicht wird ein Fall angeführt. Gebraucht wird der mittlere Teil des sich beim Stehen der Hefe bildenden Bodensatzes, 5—6mal täglich je einen Teelöffel mit Milch. Erfolg bei einem schweren Falle von Sepsis. Vielleicht hängt die günstige Wirkung von der Nukleinsäure ab, die sich aus dem Nuklein der Hefe bildet. Nukleinsäure bewirkt eine starke Hyperleukozytose und wurde von Herff und Hofbauer empfohlen.

Nenadowitsch, Die Behandlung nach Bier in der Gynaekologie. R. W., 1907, 6.

Die Gynaekologen wenden die passive Hyperämie an, während die aktive nach Verfasser wirksamer ist. Die Resorption ist stärker bei aktiver Hyperämie und kann erreicht werden durch kontinuierliche Scheidenirrigation bei Anwendung des vom Verfasser angegebenen Scheidenansatzes und Apparates, den er mit großem Nutzen schon längere Zeit gebraucht.

Raich (Odessa), Über die Behandlung der puerperalen Endometritis mit Uterusspülungen. J. A., 1907, XXI, 5 u. 6.

Empfiehlt prolongierte Ausspülungen mit gekochtem Wasser von 40° und dabei digitale Ausräumung der Gebärmutter. (Seine Methode der Ausräumung, auf die er besonderes Gewicht legt, unterscheidet sich nicht von der gewöhnlich üblichen manuellen Ausräumung, die bei dicken Bauchdecken, Hochstand des Uterus, langer Scheide usw. sich als ungenügend erweist. Ref.)

Podjapolski (Saratow), Über den Einfluß der Seele auf den Körper. Das „Versehen". J. A., 1907, XXI, 5 u. 6.

Gehört nicht in eine wissenschaftliche Zeitschrift. Eine lange Reihe beweisend sein sollender Fälle von Versehen. Feuer, Maus, Kirschen spielen die Hauptrolle. Verfasser

suggeriert auch Zwillinge verschiedenen Geschlechtes. Eine Frau, der er scherzend gesagt hatte, sie werde mit Zwillingen (Knabe und Mädchen) niederkommen, brachte auch solche Zwillinge zur Welt, und dieser Zufall ist die Grundlage seines Glaubens an den Einfluß der Seele auf den Leib geworden.

Mironow (Charkow), Zur örtlichen Behandlung puerperaler Krankheiten. J. A., 1907, XXI, 3.

Hinweis auf die in verschiedenen Ländern herrschenden Methoden der Behandlung und Kritik der von Sitzinski auf dem ersten russischen Gynaekologenkongreß vorgeschlagenen Behandlungsart mit 0 Sterblichkeit. Die theoretischen Indikationen Sitzinskis werden widerlegt und die praktischen Schlußfolgerungen verworfen, da von den angeführten 190 Kranken keine einzige schwere Puerperalerkrankung zu konstatieren war. Nachprüfungen bei schweren Erkrankungen ergeben nur negative Resultate.

Schtschetkin, Über den parasitären Ursprung des Wochenbettfiebers. J. A., 1907, XXI, 3.

Ausführliche Betrachtungen über die Unbeständigkeit und Änderung der morphologischen und physiologischen Eigenschaften der Mikroorganismen, über ihre Anpassungsfähigkeit, Erwerbung, Verstärkung und Verlust der Virulenz unter verschiedenen Bedingungen, wodurch die Klassifizierung und Charakterisierung erschwert und unsicher gemacht wird. Meist ist ein unbestimmtes und unerkanntes x noch im Spiele. An diese Betrachtungen schließt sich eine Widerlegung der Angaben von Sitzinski und vollständiges Verwerfen seiner Methode, da Sitzinski falsche Voraussetzungen annimmt und falsche Schlußfolgerungen zieht.

Graimer (Kiew), Eklampsie. J. A., 1907, XXI, 11.

Statistische Notizen und klinische Bemerkungen. 164 Fälle in 10 Jahren an der Klinik: 128 (78%) Primiparen, 36 (22%) Multiparen; 15% Sterblichkeit.

Therapie: Im Anfang Morphium und Chloralhydrat. Salzwasserklistiere. Bei Herzschwäche Reizmittel. Keine forcierte Entbindung und alle Manipulationen in tiefer Chloroformnarkose vorzunehmen.

Raich (Odessa), Erweiterung nach Bossi bei Eklampsie. J. A., 1907, XXI, H. 2.

Verfasser schlägt vor, das Instrument dazwischen herauszunehmen und anders einzulegen, da die Risse an der Berührungsstelle beginnen. 4 Fälle ohne Risse behandelt.

Primo (Petersburg), Über Eklampsie. A. J., 1907, XX, 12.

Bericht über 83 Fälle nach der Methode von Stroganow behandelt. Im Anfang Morphium, dann Chloralhydrat. Absolute Ruhe. Milchdiät. Alle Manipulationen, wie Katheterisierung usw., unter Chloroformnarkose. Salzlösungen per rectum, ebenso Milch, Bouillon. Keine Wannen und Einpackungen, sehr selten Operationen. Die Sterblichkeit sank dabei von den früheren 21·6% auf 8·4%. Die Zahl der Anfälle verringerte sich. Bis 5 Anfälle früher 45%, jetzt 67%; mehr als 5 Anfälle früher 48%, jetzt 29%.

Uschkow, Über interstitielle Schwangerschaft. R. W., 1906, Nr. 29.

3 Fälle. Unterscheidet drei Formen, je nach Sitz des Eies: *a)* näher zur Uterusmündung; *b)* in der Mitte; *c)* näher zum Tubeneintritt. Form *a* kann in uterine Gravidität übergehen, die anderen führen zur Ruptur.

1. Fall. 5 Wochen Schwangerschaft. Starke Schmerzen, innere Blutung. Laparotomie: Ruptur an der Uterusecke, haselnußgroß. Exzision ohne Eröffnung der Uterushöhle. Heilung.

2. Dreimonatliche Schwangerschaft. Schmerzen. Blutung. Kopfgroße Geschwulst. Laparotomie. Geschwulst, ausgehend aus der Uterusecke. Abtragung eines Teiles des Uterus. Vernähung.

3. 5. Monat. Blutung. Puls 140. Apfelsinengroßer Tumor, ein Teil des Uteruskörpers aufgebraucht, verdünnt. Entfernung des Uterus. Heilung in allen 3 Fällen.

Okintschitz, Zur Ätiologie der Extrauterinschwangerschaft. R. W., 1907, 9.

In einem Jahre zweimal operiert; bei einer Person zuerst links, dann rechts. Er fand als Ursache stärkere Schlängelung und Windung der Tuben, also rückständige Entwicklung.

Mandelstamm (Odessa), Über Extrauterinschwangerschaft. Mitteil. des Odessaer ärztlichen Vereines. 1907, Lief. IV.

Die Arbeit ist in Volkmanns Sammlung klinischer Vorträge, 1907, N. F. 469, erschienen. Bereits in Nr. 9 dieser Rundschau referiert.

Maximow (Warschau), Zur operativen Kasuistik der Tubenschwangerschaft. J. A. 1907, XXI, H. 11.

2 Fälle, die nichts Besonderes bieten.

Nowikow (Moskau), Über Extrauterinschwangerschaft. X. Pirogowscher Kongreß, 1907.

Das Ei entwickelt sich selbständig, ist aktiv, bohrt sich in das Gewebe ein. Die Frucht geht aggressiv vor durch die Zotten, die Mutter verhält sich defensiv, die Dezidua stellt eine Bildung zur Abwehr dar, schützt das Gewebe vor der zerstörenden Wirkung der Zotten. Wo ihre Bildung mangelhaft ist, kommt es zur Arrosion der Wand. In der Moskauer Klinik waren 90 Fälle. Operation in 85% der Fälle, Sterblichkeit 6·8%.

Kolossow (Moskau), Zur Implantation des menschlichen Eies. Moskauer gynaekologische Gesellsch. der Universität. Sitzung vom 17. Oktober 1907.

Früher glaubte man, daß das Ei eine passive Rolle spiele. Das unbefruchtete Ei verhält sich passiv, das befruchtete ist aktiv, auch wohl bei der Wanderung durch die Tube. Eigentümlicherweise ist bei der Implantation der embryonale Teil immer zur Schleimhaut gerichtet.

Eberlin (Moskau), Zur Diagnose der Extrauterinschwangerschaft. X. Pirogowscher Kongreß, Moskau 1907.

Von 60 Fällen waren 16mal Haematocele retrouterina, 44 Laparotomien, 33mal Bauchhöhle geschlossen, 11mal Drainage. Tamponade. 2% gestorben. Man unterscheidet akute 16, subakute 28, Hämatocelen 16. Die akuten sind zu operieren, bei den subakuten kann man auch abwarten.

Cholmogorow (Moskau), Zwillingsschwangerschaft im rudimentären Horn. J. A., 1907, XXI, H. 11.

Sehr selten, verlaufen sonst wie Tubenschwangerschaften; werden verwechselt.

Bis zum 7. Monat entwickelte sich die Frucht, dann starb sie ab. Mazeration. Blutungen traten auf und wehenartige Schmerzen. Laparotomie: 2 Früchte, 35 und 38 *cm* lang, eine Plazenta. Tube 13 *cm* lang, Ovarium 3·5 und 2·5 *cm* Durchmesser. Kein Corpus luteum zu finden. Es muß eine Transmigrat. ovuli extern. stattgefunden haben.

Negelow (Kiew), 3 Fälle von Extrauterinschwangerschaft operiert in extremis. Genesung. A. J., 1907, XX, 12.

3 gewöhnliche Fälle, gleich am Anfang operiert. (Das „in extremis" ist nicht begründet. Ref.)

Lingen, 27 operierte Fälle von Extrauterinschwangerschaft. Wratsch Gasett., 1907, 9—11.

22mal operiert per laparotomiam, 5mal vaginal, 12mal durchs Scheidengewölbe drainiert, 4mal Ruptur der Tube, 21mal Tubenabort, 1mal ausgetragene Schwangerschaft. 2 gestorben, eine nach 2 Tagen, die andere nach 4 Monaten. Die vaginal Operierten fieberten lange.

Platonow, 3 Fälle von Extrauterinschwangerschaft. J. A., 1907, XXI, 7 u. 8.

1. 2 Wochen vor dem Endtermin traten etwas Schmerzen und Blutung auf, darauf hören die Bewegungen auf, Geburt erfolgt nicht. Nach 2 Monaten tritt sie ins Gebärasyl. Man findet Extrauterinschwangerschaft mit totem Kinde. Laparotomie: Verwachsungen, aber leicht lösbare, des Sackes mit den Därmen. Geschwulst entfernt. Verlauf glatt.

2. 2 Monate nach den letzten Regeln zeigt sich etwas Blut in Zwischenräumen 3 Monate lang; es entwickelt sich eine Geschwulst zur Seite der vergrößerten Gebärmutter kindskopfgroß. Operation. Leichte Verwachsungen im Becken. Fünfmonatliche Frucht. Genesung.

3. Bei der ersten Schwangerschaft hört im 5. Monate Bewegung auf. Schmerzen treten ein und später ergoß sich viel Eiter. Nach 3 Jahren schieden sich Knochen durch die Blase aus. Operation, Laparotomie, Eröffnung der Harnblase und Extraktion vieler Knochen unter Blutung. Verlauf fieberhaft und langwierig. Genesung.

Pobedinski (Moskau), Zur Frage der Pubiotomie. R. W., 1906, Nr. 49.

Conjugat. diagon. 7·5. Mehrgebärende. Operation nach Döderlein. Doppelseitige Parametritis; 26, 27, 30, 15. Kind 3680, 53 *cm* lang.

Cholmogorow (Moskau), Pubiotomie. R. W., 1906, Nr. 49.

Früher 5mal geboren. 4mal tote Kinder. Operation, 26, 28, 30, 18, 10. Kind 4400 *g*; 56 *cm* lang.

Wener (Moskau), Pubiotomie. Moskauer geburtsh.-gyn. Gesellsch., Sitzung 19. April 1906. Med. Obosr., 1907, Nr. 3.

1. 24, 27, 29, 18. Hohe Zange ohne Erfolg. Pubiotomie. Kind 3600; 52 *cm* lang. Kind stirbt nach 5 Tagen an Schädelverletzungen bei der Zange. Erster Fall in Moskau.

2. 38 Jahre. 8. Schwangerschaft. 1.—4. selbst geboren. 5. Kind tot. 6. u. 7. Perforation. 20, 24·5, 28·5, 16, 10. Kind lebend, 3600. Beide gesund.

Von Kannegießer sind schon 160 Fälle gesammelt mit 5% Sterblichkeit. Perforation muß ganz aufgegeben werden. Kaiserschnitt und Pubiotomie geben ebensolche Resultate wie Perforation. (Weil man die ungünstigsten Fälle, schon infizierte und verschleppte, der Perforation überläßt, die beim Kaiserschnitt alle auf den Lauf gehen würden. Ref.)

Prosorowski, Zur Pubiotomie. R. W., 1907, 41.

Allgemeine Betrachtungen. 2 eigene Fälle.

1. 24 Jahre. 4. Geburt. Conj. 8—8·25. Pubiotomie. Tarniersche Zange. Frucht 4200 *g*. 37 *cm* Kopfumfang.

2. 25 Jahre. Conj. 7·5—8. Zange von Breuss. 4000 *g* schweres Kind. Im Wochenbett Pneumonie. Genesung.

Iljin, Pubiotomie. Dissertation. Ref. aus J. A., 1907, XXI.

10 Fälle aus dem klinisch-geburtsh.-gyn. Institut. Alle Mütter gesund. 9 Kinder gesund, 1 nach vier Tagen gestorben.

Prosorowski (Moskau), Pubiotomie. Pirogowscher Kongreß, 1907.

Zusammengestellt 311 Pubiotomien, in Rußland 26. Bei gutem Ausgang Operationsgrenze. Conj. 7·5—8. Bevorzugt Döderleins Methode.

Litschkus, Die Pubiotomie. J. A., 1907, XX, 11.

An die Mitteilung eines Falles und die Debatten in der geburtsh.-gynaekol. Gesellschaft vom 21. September 1906 anschließend, wird die Frage monographisch behandelt.

Ausführliche geschichtliche Darstellung der Entwicklung der Frage mit Literaturangabe. Beschreibung der Operationsmethoden. Das Verhältnis zur Symphyseotomie und Kaiserschnitt. Allgemeine Schlußfolgerungen.

Cholodkowski, 2 Fälle von Kaiserschnitt. J. A., 1907, XXI, 7 u. 8.

1. 39 Jahre. 7. Schwangerschaft. 6 frühere Perforationen. Becken 23, 25, 27. 17·5. Sectio caesarea. Kind 3300 *g*. Am 10. Tage nach Entfernung der Nähte plötzliches Auseinandergehen der Wunde und Vorfall der Därme. Wiederverschluß der Wunde. Bildung von Bauchbruch.

2. 19 Jahre. 22, 23, 25. C. ver. 16. Sectio caesarea. 3350 *g* schwer. Kopfumfang 35 *cm*. Länge 50 *cm*. Etwas fieberhafter Verlauf.

Platonow, Kaiserschnitt. J. A., 1907, XXI, 6 u. 7.

22 Jahre. Becken 20, 22, 28, 16, 7. Sectio caesarea. Kind nicht ganz ausgetragen. Resektion der Tube. Verlauf gut. Kind gedeiht.

Tschernow, Die intermediäre Naht der Dammrisse vom 2.—7. Tage. Dissertation Petersburg. Ref. J. A., 7. u. 8.

Verfasser sucht nachzuweisen, daß die intermediäre Naht die besten Resultate gibt. Die Wundflächen treten deutlich hervor und können sicherer vereinigt werden. In 70 eigenen Fällen erprobt.

Rachmanow (Moskau), Geburtsh.-gynaekol. Gesellsch. in Moskau. Sitzung vom 31. Oktober 1907, 8. u. 9. Fall von Kaiserschnitt.

8. Vierte Schwangerschaft. 23, 24, 29, 18, 8·5 u. 6·5. 1. Geburt Frühgeburt; 2. spontan, kleines Kind; 3. Zange, Kind tot; 4. Operation, 3700. Künstliche Sterilisation, 1 *cm* langes Stück exzidiert.

9. Fünfte Schwangerschaft. 1. Zange; 2. Frühgeburt; 3. Frühgeburt, Kinder immer tot; 4. Kaiserschnitt; 5. Kaiserschnitt. Conj. 16·5, 8·5, 6·5. Verwachsungen vorhanden. Tuben exzidiert, Sterilisation.

Cholmogorow (Moskau), Kaiserschnitt. R. W., 1906, Nr. 44.

Becken 22, 25, 29, 16, 8·5. Von 5 früheren Geburten ein Kind lebend mit der Zange entwickelt, stirbt nach 2 Tagen. Die anderen perforiert. Mutter und Kind gesund.

Sobiestianski, 5 Kaiserschnitte, 3 Perforationen bei osteomalazischen Becken. J. A., 1907, XXI, Heft 2.

Ein Kaiserschnitt tödlich, die anderen Genesung.

Rachmanow (Moskau), 4 Fälle von Kaiserschnitt. M. O., 1907, Nr. 3.

1. 23 Jahre. 25·5—28·5, 29·0, 9·5. Kopf beweglich. Kontraktionsring. Kaiserschnitt. Verlauf normal.

2. 20 Jahre. 23, 25·5, 28, 18·5, 10. Hydrokephalus. Kopfumfang 55 *cm*. G. 3950·0. Normal.

3. 33 Jahre. Abgelaufene Koxitis. 7 *cm* Verkürzung. Ankylose. 23, 25, 27, 19, 11. Kind 3700. Tuben reseziert.

4. 25 Jahre. Kyphoskoliose. 23, 28, 30, 15·5—9·7. Kind 3700.

Trotz guter Erfolge hält Autor die Perforation auch des lebenden Kindes für berechtigt.

Agafonow (Kasan), Fälle von Kaiserschnitt. R. W., 1906, 15.

1. Gelähmt. Becken 22, 24, 28, 18, 8, C. ver. 6·25. Umfang des Beckens 80. Gerader Ausgangsdurchmesser 12, querer 8·5. Kaiserschnitt, Kind lebend, 3020 *g*, 49 *cm* lang, gesund.

2. Karzinom inoperabel. Kaiserschnitt vor Eintritt der Geburt. Ausgang gut.

Dann von Lwow auch gemacht, 4mal der Kaiserschnitt.

3. 23, 26, 27, 14, 7·5, C. ver. 5·5. Plattrachitisches Becken. Erfolg gut für Mutter und Kind.

4. 22, 23, 28, 16, 7·75, C. ver. 5·5. Guter Ausgang für beide.

5. 18, 23, 26, 16, 7. Kind 3230, tief asphyktisch, belebt. Erfolg gut. 6, 22, 24, 24, 15·5, C. ver. 8. Plattrachitisch. 4430. Guter Erfolg für Mutter und Kind. Exzision der Tuben.

Mirotworzew, Kaiserschnitt. Wratschebnaja Gasetta, 1907, Nr. 20.

36jährige Kranke. 1mal geboren vor 14 Jahren im 9. Monat. 3 Tage lang. Zange. Becken 18, 25, 27, 18. Knotige Stränge in der Scheide. Kaiserschnitt. Ausgang günstig.

Woff, 2 Fälle von Kaiserschnitt, günstiger Ausgang. R. W., 1907, Nr. 20.

1. 32 Jahre. 23, 24, 25, 16, C. ver. 7. Kaiserschnitt.

2. 37 Jahre. 6mal geboren, darunter 4 Perforationen und 2 Frühgeburten. 23, 25, 30, 16, C. ver. 5·5. Kaiserschnitt. Ausgang günstig für beide.

Grauermann (Moskau), Von der Organisation des geburtshilflichen Beistandes der ärmeren Bevölkerung Moskaus. Moskau 1897—1903.

Mehrere Broschüren, dieses Thema betreffend. Es bestehen 11 Gebärasyle mit 118 Betten und 15 Betten im Krankenasyl. Im Stadthospital wurden 650 Gebärende aufgenommen. Gegen 12.000 Gebärende wurden auf Kosten der Stadt gepflegt, 32% aller Geburten und 20% wurden zurückgewiesen. Die Zahl der Asyle muß bedeutend vergrößert werden. Die statistischen Mitteilungen sind jetzt ganz unzuverlässig.

Raab, Bericht der geburtshilflichen Klinik des medizinischen Haueninstitutes für die Zeit von November 1900 bis Mai 1906.

Ausführlicher und genauer Bericht mit vielen Krankengeschichten über 1597 Kranken, die in der Zeit dort Aufnahme fanden. Einzelheiten sind nicht wiederzugeben.

Semiannikow (Saratow), Bericht der Gebärhäuser der Saratower medizinischen Gesellschaft. J. A., 1907, XXI, Nr. 3.

Ein ausführlicher langer Bericht:

Zahl der Geburten	1490	Eklampsie	11
Geburten zum normalen Termin	1380	Plac. praev.	5
Frühgeburten	80	Beckenenge	5
Aborte	30	Zange	40
Kopflagen, Hinterhaupt	1414	Perforation	10
Beckenendlage	48	Wendung u. Extraktion	29
Querlage	17	Extraktion	17
Gesichtslage	6	Lösung der Plazenta	17
Zwillinge	25	Laparotomie	2
		Rupt. uteri	2
		Hydramnios	11
Sterblichkeit	9 Fälle	Mißgeburten u. Anomalien	15
Totgeborene Kinder	116	Dammriß	57 + 55

Lesment (Dorpat), Über die Leitung der Geburt bei Gesichtslagen. J. A., XXI, 5. u. 6.

Beobachtung von 42 Fällen führt ihn zu folgenden Thesen: 1. Die Gesichtslagen sind günstige Lagen, wie die Hinterhauptslagen. 2. Der Mechanismus der Geburt ist gleich dem bei Hinterhauptslagen. 3. Die Geburt dauert länger, gibt aber an sich keine Indikationen zum Einschreiten. 4. Muß immer exspektativ behandelt werden. 5. Das Kinn dreht sich fast immer nach vorn. 6. Dammrisse sind nicht häufiger als bei Hinterhauptslagen.

Wernitz (Odessa), Bericht über die Abteilung des Stadthospitales für Aborte und puerperale Erkrankungen für 1906. J. A., 1907, XXI, 11.

Von 1223 Kranken waren drohender Abort 72 Fälle, Abort in verschiedenen Stadien und Formen 860 Fälle, septische Wochenbettserkrankungen nach Geburten und Aborten 180 Fälle, gynaekologische Kranke 98, Extrauterinschwangerschaft 13. Die Sterblichkeit betrug 2%, doch ist die Zahl ohne Bedeutung infolge der Verschiedenheit des Materials. Verf. ist im Laufe der Jahre zur möglichst aktiven Therapie gelangt, möglichst frühe und möglichst gründliche Entleerung des Uterus, was nur

bei ausgiebigem Gebrauch der Curette möglich ist, da auch ohne Narkose operiert werden muß. Nur dadurch ist es möglich, bei 30 Betten diese Zahl von Kranken zu bewältigen. Der Verlauf des Abortes und die Involution wird sehr abgekürzt, Nachkrankheiten sehr selten, trotzdem 50% fiebernd, also infiziert, in die Abteilung eintreten. Die Arbeit übersteigt die Grenze der Leistungsfähigkeit eines Ordinators, da Hilfsärzte, Assistenten, interne Ärzte usw. nicht vorhanden sind. Zu größeren Operationen müssen andere Ordinatore gebeten werden. Die Beschreibung und Begründung des eingeschlagenen Verfahrens bei der Behandlung ist im Original nachzusehen.

Ponfilow, Bericht der Gebäranstalt bei der Bogorodski-Gluchowskischen Fabrik für 1903—1905. J. A., 1907, XXI.

2384 Geburten. Knaben 1208. Mädchen 1143 = 100:95.

Schädellage	2157	96%	Becken normal	76·2%
Beckenendlage	78	3·48%	Geringe Beckenenge	8·8%
Querlage	4	0·15%	Starke Beckenenge	7·4%
Zwillinge	41	1·8%	Nicht gemessen	7·6%

Zange	19	Eklampsie	22
Kraniotomie	9	Blutung	80
Perforation	1	Dammriß	80
Extraktion	15	Hydramnios	15
Wendung	22	Nabelschnurvorfall	5
Laparotomie	1	Uterusruptur	1
Embryotomie	1	Placenta praev.	3
Kleine Eingriffe	286		
Todesfälle	16		

Kriwski (Petersburg), Bericht für 1905 der Petersburger städtischen Gebärasyle. A. J., 1906, XX, 12.

Geburtenzahl 15.378 in 13 Anstalten mit 290 Betten macht 6·9 Tage für jede Kranke.

Kinder 96·4% lebend, 2·1% tot, 1·5% mazeriert, 89·3% fieberloses Wochenbett. Sterblichkeit 0·29%. Operiert 2·6%. Perforation 10mal, Kaiserschnitt 2mal. Jede Wöchnerin kostet die Stadt 10 Rubel, das Bett jährlich 530 Rubel.

Fedorow, Bericht der Geburtsabteilung des städtischen Peter-Paul-Krankenhauses. J. A., XXI, 2.

Betrifft das Jahr 1906 für die Zeit vom 19. Mai bis 26. November.

Zahl der Geburten	700
Aborte	50
Schwangere	12

1. Schädellage	315	Zange	20
2. Schädellage	292	Wendung und Extraktion	15
Gesichtslage	3	Perforation	3
Stirnlage	1	Bossi	2
Beckenendlage	27	Plazentarlösung	5
Querlage	3	Metrorrhagien	5
Unbestimmt	59	Sect. caes.	1
		Dammnaht	86

Beckenenge	45
Dammriß	84

Gefiebert	102 = 14·6%
Sterblichkeit	0·4
Zwillinge	16·0
Kinder totgeboren	56

Okintschitz, Aus Prof. Sadowskis gynaekologischer Klinik des medizinischen Institutes für weibliche Studenten. Ein Jahr klinischer Tätigkeit. J. A., 1907, XXI, 4.

Bericht über das Schuljahr 1905/1906. Da die Klinik in einem Stadthospital eingerichtet ist, so ist das Material kein besonders ausgewähltes, sondern das gewöhnliche der Stadthospitäler. Es waren im ganzen 427 Kranke.

Erkrankung der	äußeren Geschlechtsteile . .	25	Fälle
„ „	Scheide	11	„
„ „	Gebärmutter	84	„
„ „	Gebärmutteranhänge . . .	96	„
„ des	Bauchfells	37	„
„ „	Beckenzellgewebes	13	„
	Aborte	119	„
	Extrauteringrav.	14	„
	Harnwege	10	„

Operative Eingriffe 237, darunter 30 größere.

Sagalow, Klinischer Bericht über 25 Köliotomien. J. A., 1907, XXI, 2 u. 4.

9 abdominale und 16 vaginale Laparotomien. (Nicht alle Operationen können als Laparotomien bezeichnet werden. Ref.) J. Wernitz, Odessa.

Vereinsberichte.

Aus ungarischen Vereinen und Gesellschaften. Referent Dr. H. Rotter. Budapest 1907, zweite Hälfte.

I. Sitzungen des königl. ungar. Ärztevereines.

Sitzung vom 9. November. Herr Lovrich referiert über einen Fall von schwerer Osteomalazie; Beginn der Erkrankung während der dritten Schwangerschaft, bei der vierten bereits bettlägerig. Es wurde zuvor Phosphor, dann nach Bossi Tonogen-Richter angewendet, letzteres intrakutan 1 cm^3 jeden zweiten Tag. Da nach 30 Injektionen absolut kein Resultat zu konstatieren war, Kastration. Kein Erfolg. Hierauf 50 Injektionen von Parke-Davisscher Adrenalinlösung. Nach sechsmonatlicher Behandlung nicht gebessert entlassen. Schädliche Nebenwirkungen bei der Behandlung nach Bossi nicht beobachtet.

Diskussion: Herr Kubinyi, Herr Tauffer.

In der Sitzung vom 23. November demonstriert Herr v. Elischer eine Kranke, bei der ein künstlicher Gebärmuttermund geschaffen werden mußte. Die Patientin (II-para) wurde in ihrem Heimatsdorfe mittelst Zange entbunden; danach längere Zeit fieberisch, dazu Urintröpfeln aus einer in harten Narben der Vagina befindlichen hellergroßen Harnblasen-Scheidenfistel. Der Muttermund konnte trotz gründlichster Untersuchung absolut nicht gefunden werden. Operation: Die Fistelränder angefrischt, Blase und die Vagina voneinander gesondert, dann einzeln durch Catgutnähte geschlossen. Glatte Heilung. Nach 3 Wochen hintere Kolpotomie, wobei der Gebärmutterkörper herausgezogen, die tubare Kastration vorgenommen und danach im Fundus uteri ein neuer Gebärmuttermund angelegt und die Gebärmutterschleimhaut mit der Vaginalwunde durch Nähte vereinigt wurde. Glatter Verlauf. Die Frau menstruierte durch den neuen Muttermund

In derselben Sitzung stellte Herr Rotter eine 31jährige Frau vor, bei welcher er den im 6. Monate schwangeren Uterus wegen Kollumkarzinom nach Wertheim ent-

fernte, wobei sich neuerdings erwies, daß die radikale Operation bei Gravidität sehr leicht ausführbar ist. Glatter Verlauf.

Diskussion: Herr Dirner.

II. Sitzungen der gynaekologischen Sektion des königl. ungar. Ärztevereines.

Sitzung vom 15. Oktober 1907. Herr Bogdanovics referiert über einen Fall von Diverticulum Meckelii. Bei einer 38jährigen Frau wurde die abdominale Radikaloperation wegen Gebärmutterkrebs vorgenommen und bei der Eröffnung des Abdomens fand sich ein 15 *cm* langes Diverticulum Meckelii vor. Resektion desselben. Herr Frigyesi hat einen ähnlichen Fall beobachtet. Herr Bogdanovics berichtet ferner über einen Fall von Perforation des Uterus bei Curettement. Einer IV-para wurde außerhalb der Klinik 3 Wochen nach der Entbindung wegen Blutungen die Gebärmutter ausgekratzt und da die Blutungen auch nachher 3 Monate lang andauerten, suchte die Patientin die Bársonysche Klinik auf. Curettement bei kleinem und freiem Uterus: bei der Spülung mit Bozemanschem Katheter konstatiert man Perforation. Exspektative Behandlung. Heilung.

Diskussion: Herr Tauffer, Herr Bársony.

Herr Avarffy bespricht drei Fälle von Blasensteinen. I. 17jährige Gravida. Durch Kolpozystotomie Entfernung eines 35 *g* schweren, um eine Haarnadel gebildeten Steines. Zur vollen Heilung der Fistel zwei Nachoperationen notwendig. II. Bei einer 48jährigen VII-para besteht eine Blasenfistel und in der Blase ein taubeneigroßer Stein. Entfernung dieses durch die erweiterte Fistel, nachher Fistelnaht. Heilung. III. Vor 12 Jahren Blasenscheidenfisteloperation, dann Kolpokleisis. Hinter dieser Steinbildung: es besteht zudem eine kleine Fistel, aus der fäkulenter Ausfluß besteht. Nach Eröffnung der Kolpokleisis werden zwei kleinere Steine entfernt und die Rektumfistel geschlossen. Die Heilung der Blasenfistel bleibt einer späteren Operation vorbehalten.

Diskussion: Herr Kubinyi, Bársony, Windisch, Tauffer.

In derselben Sitzung referiert Herr Kubinyi über eine vaginale Totalexstirpation bei Korpuskarzinom, das auf den Dünndarm verbreitet ist. Resektion des kranken Darmteils per vaginam.

Diskussion: Herr Bársony.

Herr Wiesinger bespricht drei operierte Fälle. Bei zweien handelt es sich um mit Karzinom kombinierte Fibrome, bei einem um Sarcoma alveolare uteri.

Herr Scipiades referiert einen Fall von Inversio uteri. Bei einer Erstgebärenden wurde 20 Stunden nach dem Blasensprung wegen Wehenschwäche die Beckenausgangszange appliziert, darauf die Plazenta exprimiert. Wegen fortdauernder Blutung wurde Herr Scipiades geholt, der komplette Inversion der Gebärmutter konstatierte. Nach Reinversion: Dührssensche Tamponade. Febriles Wochenbett. Genesung.

Diskussion: Herr Bogdanovics, Kubinyi, Lovrich.

Sitzung vom 22. November 1907. Vortrag des Herrn Kubinyi über die Inkarzeration des schwangeren, retrodeviierten Uterus und gelangt er zu folgenden Schlußforderungen: Retroflexion und Retroversion sind streng auseinander zu halten. Besondere Beurteilung wünscht der III. Grad der Retroversion. Die Inkarzeration wird durch schwere Körperarbeit und Trauma beeinflußt. Füllung der Blase und des Rektum trägt zur Steigerung der Inkarzeration bei. Blasengangrän kommt zustande durch Blutextravasate der Schleimhaut, welche Folgen der Stauung sind, dazu schließen sich an: Ischämie der Schleimhaut und Infektion. Die Ausstoßung der gangräneszierten Schleimhaut kann die Kranke von der Sepsis retten, darum ist die künstliche Blasenfistel nach Pinard-Varnier rationell. Retrodeviierte, schwangere Uteri sind sofort zu reponieren und bis zum 5. Monat der Gravidität mit Pessarien zu behandeln. Die beste Position für die Reposition ist die Knieellenbogenlage. Kugelzange und Narkose helfen gut mit. Bei Blasengangrän soll anstatt der Reposition die Entleerung des Uterus ausgeführt werden. Bei großer Gefahr und ungelungenem Repositionsversuche kann die Laparotomie in Frage kommen, wenn die Ausräumung per vaginam nicht möglich ist.

Diskussion: die Herren Bársony, Lovrich, Dirner, Tauffer.

In derselben Sitzung bespricht Herr Wenczel einen Fall von Chorioepitheliom. Eine 21jährige (I-para) Frau gebar am rechten Termin, das Wochenbett war normal. 6 Wochen nach der Geburt bekam die Frau unregelmäßige profuse Blutungen, gegen

welche Medikamente und Curettage ohne Erfolg angewendet wurden; sie meldet sich auf der Klinik Bársony. Erneuertes gründliches Ausschaben des Uterus; die mikroskopische Untersuchung ergibt das typische Bild von Chorioepitheliom. Vaginale Totalexstirpation. 8 Monate nach der Operation ist die Frau gesund.

Diskussion: die Herren Entz, Tóth, Bársony, Scipiades, Tauffer.

III. Sitzungen des Vereines der Spitalärzte.

In der Sitzung vom 9. Oktober stellt Herr Balás eine Frau (III-para) vor, bei der er im 5. Monate der Gravidität eine kindskopfgroße, intraligamentär entwickelte, einkammerige, rechtseitige Ovarialzyste durch Laparotomie entfernte. Nach Entfernung des Tumors heftige Blutung, die der Operateur durch Matratzennaht und Tamponade stillt. Der Tampon wurde 3 Tage nach der Operation entfernt; glatte Heilung.

Diskussion: Herr Singer.

In der Sitzung vom 23. Oktober referiert Herr Rotter über einen Kaiserschnitt, der wegen absolutem Geburtshindernis nach einer Ventrifixation indiziert war. Die Kranke war vor zwei Jahren wegen Prolaps der Vagina und Retroflexion der Gebärmutter durch Anheften des Fundus an die Bauchdecke und Kolporrhaphie geheilt. Acht Monate danach wurde sie schwanger und hatte große Schmerzen seit dem 3. Monate der Schwangerschaft. Eintritt der Geburt am rechten Termin, wobei sich herausstellt, daß der Muttermund hinter und ober der Symphyse kaum zu erreichen ist und ein großer Fruchtteil in einem Sack der hinteren Gebärmutterwand sich befindet. Abdominaler Kaiserschnitt. Die vordere Wand der Gebärmutter ist durch ein handtellerbreites, 2—3 *mm* dickes, zähes, 8—10 *cm* langes Ligament (Ligamentum fundale medium Fritsch) an die vordere Bauchwand in der Nähe der Symphyse fixiert, welches die Entwicklung der vorderen Gebärmutterwand hinderte. Querschnitt am Fundus: lebender, reifer Knabe. Das Pseudoligament wird belassen, tubare Kastration. Glatte Heilung.

Herr Rotter stellt danach eine Kranke vor, bei der er die radikale Gebärmutterexstirpation wegen Karzinom des Kollum ausführte und bei der Operation rechterseits eine Verdopplung des Ureters fand; die Ureteren konnten im ganzen Verlaufe im kleinen Becken isoliert werden und mündeten gesondert in der Harnblase. Glatter Verlauf.

In der Sitzung vom 4. Dezember referiert Herr Balás über zwei Adnexotomien bei chronischer eitriger Adnexerkrankung.

Diskussion: Herr Dirner.

Danach erörtert Herr Szili einen Fall, bei dem in dem hinteren Scheidengewölbe eine kleine Läsion nach Koitus zustandekam, aus welcher sich Beckenphlegmone entwickelte, die den Tod der Patientin nach sich zog.

Schließlich demonstrierte Herr Szili einen durch Laparotomie herausbeförderten Ovarialeitersack. Aus dem Eiter wurde reine Kolikultur gezüchtet.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Geburtshilfe.

Ziegenspeck, Zur Ätiologie der Retroflexio uteri puerperalis. Ebenda.
Peham, Zur Indikationsstellung bei der Pubotomie. Ebenda.
Bucura, Geburtshilfliche Therapie. Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1908.
Kreidl und Mandl, Über experimentell erzeugte Verlängerung der Tragdauer bei Kaninchen. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 23.
La Torre, Gravidanza eccezionalmente e gravemente complicata. La Clinica Ostetr., Nr. 10.
Czyżewicz jun., Hyperemesis gravidarum. Samml. klin. Vortr., Nr. 176.
Caldesi, Iniezioni intramuscolari di collargolo nella infezione puerperale. Annali di Ostetr. e Gin., Nr. 4.
Fallo, La funzione placentare secondo le odierne conoscenze. Ebenda.
Krönig, Schmerzlose Entbindungen im Dämmerschlaf. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 23.
Prinzing, Die Häufigkeit der Fehlgeburt bei Zwillingsschwangerschaft. Ebenda.
v. Herff, Gemäßigter oder radikaler Konservativismus in der Behandlung des engen Beckens. Münchener med. Wochenschr., Nr. 22.
Polano, Kaiserschnitt und Lumbalanästhesie. Ebenda.

Kreisch, Sectio caesaria vaginalis bei Eklampsie. Ebenda.
Fukui, Die Zwillingsdiagnose während Schwangerschaft und Geburt. Inaug.-Dissert., Marburg, Jänner 1908.
Johnstone, A Case of Puerperal Eclampsia treated by Renal Decapsulation. The Practitioner, Nr. 6.
Champneys, A Case of Generally Contracted flat Reniform Pelvis with Slight Scoliosis. The Journ. of Obstetr. and Gyn. of the Brit. Emp., Nr. 6.

Gynaekologie.

Liepmann, Bakteriologie und Prognose. Berliner klin. Wochenschr., Nr. 22.
Robertson, Utero-Vaginal fistula. Internat. Journ. of Surg., Nr. 5.
Traina e Marconi, Contributo alla conoscenza dell'elefantiasi nostras dei genitali muliebri. Annali di Ostetr. e Gin., Nr. 4.
Tracy, Report of Case Operated on for Advanced Ectopic Gestation Associated with Fibromyomata Uteri. New York Med. Journ., Nr. 22.
Zacharias, Zwei Fälle von Tetanus nach gynaekologischen Operationen. Münchener med. Wochenschr., Nr. 22.
Mc Donald, The Medical Treatment of Gonococcus Infection in Women. Therapeutic Gazette, Nr. 4.
Fothergill, On the Pathology and the Operative Treatment of Displacements of the Pelvic Viscera. The Journ. of Obstetr. and Gyn. of the Brit. Emp., Nr. 6.
Sieber, Beitrag zur Skopolamin-Morphiumnarkose in der Gynaekologie. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 24.
Kuttner, Die nasale Dysmenorrhöe. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 24.
Wack, Ein primäres Sarkom des Ligamentum latum uteri. Inaug.-Dissert., Freiburg, Mai 1908.
Osten, Untersuchungen über die Gerinnung des Blutes während der Menstruation. Inaug.-Dissert., Göttingen, März 1908.
Rath, Die Lappendammplastik und ihre Erfolge nach kompletem Dammriß. Ebenda.
de Bovis, Sacculations intra-pelviennes de l'utérus à terme. La Semaine Méd., Nr. 24.
Guthrie, A Review of Vaginal Fixation of the Uterus with the Reports of a Successful Case. Interstate Med. Journ., Nr. 6.

Aus Grenzgebieten.

Herrgott, Considérations sur l'érysipèle chez le nouveau-né. Annal. de Gyn. et d'Obstétr., Mai.
Franz, Zur Entwicklung des knöchernen Beckens nach der Geburt. Beitr. zur Geburtsh. u. Gyn., Bd. XIII, H. 1.
Hegar, Anatomische Untersuchungen an nulliparen Uteris mit besonderer Berücksichtigung der Entwicklung des Isthmus. Ebenda.
Pankow, Die Appendizitis beim Weibe und ihre Bedeutung für die Geschlechtsorgane. Ebenda.
Seitz, Über die Form der Ureteren, speziell bei Föten und Neugeborenen. Ebenda.
Burckhard, Ein Beitrag zur Ovarientransplantation. Beitr. zur pathol. Anat. u. zur allgem. Pathol., Bd. XLIII, H. 3.
Pfaundler und Moro, Über hämolytisches Komplement in der Frauenmilch. Münchener med. Wochenschr., Nr. 20.
Rosenthal, Zur Diagnose und Operation der intraabdominellen Lymphangiome. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 22.

Personalien und Notizen.

(LXXX. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte.) Die gynaekologische Sektion der in Köln vom 20. bis 26. September 1908 tagenden Naturforscherversammlung verspricht diesmal besonders interessant zu werden. Nicht weniger als 60 Vorträge und Demonstrationen sind angemeldet. Unter anderen werden Pfannenstiel, Henkel, Robert Meyer, Wertheim, Stoeckel, König, Opitz, Freund, v. Franqué, Sellheim Vorträge halten. Der Bericht wird in diesen Blättern erscheinen.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: Dr. Oskar Frankl.

Herausgeber, Eigentümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

GYNAEKOLOGISCHE RUNDSCHAU.

ZENTRALORGAN

FÜR

GEBURTSHILFE UND FRAUENKRANKHEITEN.

II. Jahrg. **1908.** **17. Heft.**

Original-Artikel.

Aus der Universitäts-Frauenklinik in Innsbruck (Vorstand: Prof. Dr. Ehrendorfer).

Beitrag zur Kasuistik der ausgetragenen Extrauterinschwangerschaft mit Berstung des tubaren Fruchtsackes.

Von Dr. **Oskar Nebesky,** Assistenzarzt der Klinik.

In der Literatur der letzten zwei Jahrzehnte stellen die Fälle, in welchen die Tubargravidität in den ersten Monaten durch inneren oder äußeren Fruchtkapselaufbruch zum Abschlusse gelangte, einen sehr großen Prozentsatz dar. Im Gegensatze hierzu sind jene, wobei Frucht und Fruchthalter sich den ungünstigen Verhältnissen dauernd anzupassen vermochten und die Schwangerschaft ihr normales Ende erreichte, immer noch eine ziemliche Seltenheit. Zumal dann, wenn in der zweiten Hälfte der Gravidität die Berstung des Fruchtsackes eintritt, ist hiermit auch meist das Schicksal des Fötus besiegelt.

Im folgenden bringe ich die Geschichte eines Falles, in welchem diese sekundäre Bauchschwangerschaft noch mehrere Monate weiter ging und das Kind erst am Ende der normalen Graviditätsdauer abstarb. Die betreffende Patientin [1]) gelangte am 26. Dezember 1907 an obiger Klinik zur Aufnahme.

U. R. Prot.-Nr. 500, 29jährige Bauersfrau, wohnhaft in Sch., einem weit entlegenen Bergdorfe, war früher stets gesund. Die Menses setzten im 14. Lebensjahre ein, waren öfters unregelmäßig, anteponierend, ziemlich stark, 4—5 Tage dauernd, schmerzlos. Seit 5 Jahren verheiratet, machte die Patientin vor 4 Jahren einen normalen Partus durch. Das Wochenbett war afebril. Das ausgetragene Kind litt nach der Geburt an einer einseitigen Konjunktivitis. Seither war keine Konzeption mehr eingetreten. Die Periode war manchmal unregelmäßig, alle 5—7 Wochen, und soll vor einem Jahre einmal 10 Wochen ausgeblieben sein. Seit 3 Jahren hat Patientin rheumatische Beschwerden im ganzen Körper. Letzte Menses am 2. Februar 1907. Da der Leib zunahm und die Brüste anschwollen, hielt Patientin sich für schwanger, zumal auch Erbrechen auftrat, und zwar öfter als in der I. Schwangerschaft. 2 Monate nach Beginn der Gravidität setzten starke Schmerzen im ganzen Leibe ein, welche anfallsweise auftraten und bei Bettruhe wieder schwanden. Im 3. Monat der Schwangerschaft einmal leichte Blutung mit Abgang fetziger Massen. Seit der Mitte der Gravidität spürte die Frau Kindesbewegungen, welche jedoch schwächer gewesen sein sollen wie das erstemal. Vor 11 Wochen, das ist ca. 10. Oktober, plötzliche Erkrankung mit Fieber, Schweißausbrüchen, 8 Tage andauerndem Erbrechen. Seither ist Patientin bettlägerig. Ende November konstatiert der gerufene Arzt noch sicher kindliche Herztöne, also lebendes Kind, am 18. Dezember nichts mehr. Seit etwa 14 Tagen haben die Kindesbewegungen aufgehört, auch der

[1]) Das Präparat wurde am 31. Jänner 1908 in der Innsbrucker wissenschaftlichen Ärztegesellschaft demonstriert.

Leib soll seit 8 Tagen etwas kleiner geworden und vor 5 Tagen sollen größere Üblichkeiten aufgetreten sein.

Aufnahmestatus: Mittelgroße, grazil gebaute Frau, von schlechtem Ernährungszustand und sehr anämischem Aussehen. Herzdämpfung nach rechts verbreitert. I. Ton an der Herzspitze unrein. Puls 96—108; Temperatur leicht erhöht, in der folgenden Zeit zwischen 36·6° und 38·5° schwankend. Chloasma uterinum, Mammae mittelgroß, mäßig sekrethaltig. Beckenmaße normal, größter Bauchumfang über dem Nabel 87 *cm*. Im Abdomen deutlich eine zirka mannskopfgroße Resistenz zu tasten, welche, vom kleinen Becken aufsteigend, bis 1 Querfinger über den Nabel reicht, die rechte Bauchhälfte fast völlig einnimmt und schief gegen die linke Spina ant. inf. hin abfällt. Links vom Nabel einige höckerige, bewegliche Partien, welche kleine Kindesteile zu sein scheinen. Vor dieser großen Resistenz, unmittelbar hinter der Schamfuge liegend und diese um 3 Querfinger überragend ein derber, kugeliger Körper, welcher sich bei bimanueller Untersuchung als der verdickte, anteponierte Uterus erweist. Das äußere Genitale, etwas aufgelockert, wenig livide verfärbt. Portio völlig aufgelockert, steht hinter der Symphyse. Der Zervikalkanal ist für einen Finger durchgängig und aus ihm entleert sich blutig-schleimiges Sekret. Der hintere Fornix wird durch den unteren Pol der das Abdomen einnehmenden Resistenz, welcher einem kleinen Kindesteil zu entsprechen scheint, tief herabgedrängt. Über dem ganzen Tumor, besonders über der rechten Beckenschaufel, hört man ein dem Pulse synchrones, lautes, sausendes Geräusch, „Plazentargeräusch", dagegen lassen sich nirgends kindliche Herztöne konstatieren.

Die Diagnose wurde sofort auf ausgetragene Extrauteringravidität gestellt. Der therapeutische Plan ging vorerst darauf aus, die Operation, da die Frucht sicher tot war, so lange aufzuschieben, bis die Patientin sich etwas erholt hatte und der Plazentarkreislauf erloschen sei, um so der Frau jeden größeren Blutverlust ersparen zu können. Leider zwang uns der allmählich zunehmende Kräfteverfall und die weiterbestehende chronische Peritonitis mit leichten Ileuserscheinungen dazu, diesen Plan aufzugeben und die Operation früher vorzunehmen, obwohl das Plazentargeräusch, wenn auch schwächer, doch immer noch deutlich zu hören war.

18. Jänner 1908. Laparotomie (Prof. Ehrendorfer). Nach Eröffnung des Abdomens bis über den Nabel erblickt man, die Symphyse 4 Querfinger überragend, die vordere Uterusfläche, von welcher nach oben zu graugelbe Massen sich in einem bis zum Nabel reichenden Tumor fortsetzen, welchen der geborstene Fruchtsack samt der Plazenta bildet. An der linken Seite des Fruchtsackes eine große Öffnung, aus welcher der ganze Schädel mit dem durch Mazeration stark veränderten Gesicht einer Frucht hervorsieht. Das große Hinterhaupt ist außerhalb des Fruchtsackes mit den Därmen verwachsen und bei der Ablösung bleiben große Stücke der behaarten Kopfhaut an den Eingeweiden haften und müssen später einzeln abgelöst werden. Unterhalb des ausgetretenen Kopfes links ein faustgroßer alter Bluterguß, welcher ausgeräumt wird. Die Frucht wird allmählich herausgehoben, die Nabelschnur durchschnitten und nun die Plazenta samt Fruchtsack freizumachen gesucht. Eine beträchtliche Blutung aus einem Einriß in der Plazenta steht sofort gänzlich nach Abklemmung des ausgezerrten zweifingerdicken Lig. infund. pelvic. und der uterinen Verbindung des Tumors. Letzterer füllt den hinteren Douglas ganz aus und ist mit dessen Peritoneum und zahlreichen Darmschlingen ziemlich fest adhärent. Nach Lösung der Adhäsionen wird der Fruchtsack mit Plazenta entfernt, die abgeklemmten und durchschnittenen Stümpfe unterbunden und die Wunde im Lig. lat. übersäumt. Toilette des Peritoneums mit möglichst sorgfältigem Austupfen des alten Blutes und Fruchtwassers, Etagennaht der Bauchdecken, aseptischer Verband.

Die Frau erholte sich zunächst ziemlich gut von der mit nur geringem Blutverluste verlaufenen Operation. In der Nacht des Operationstages trat jedoch ziemlich plötzlich ein akuter Herzkollaps auf, welchem die Patientin nach einer halben Stunde trotz Kampfer etc. erlag.

Die Obduktion ergab außer der bereits bei der Operation konstatierten chronischen Peritonitis eine ausgeprägte Herzdegeneration. In der Bauchhöhle und beiden Pleuraräumen.

besonders rechts, fand sich reichliche blutig-seröse Flüssigkeit. Bei der kurzen Zwischenzeit zwischen Operation und Exitus letalis ließ sich wohl eine akute septische Peritonitis nicht mit Sicherheit ausschließen, doch genügt der hochgradige allgemeine Marasmus an und für sich zur Erklärung des schnellen Todes der Patientin.

Das aus dem Abdomen entfernte Kind ist männlichen Geschlechtes, 51 *cm* lang, 2110 *g* schwer und weist allenthalben, besonders am Schädel, beträchtliche Mazerationserscheinungen auf. Letzterer ist ein Hydrokephalus, die Kopfknochen schlotternd, größter Umfang 36 *cm*.

Die Plazenta bildet eine ca. 2 Querfinger dicke, ziemlich gleichmäßig runde Platte mit einem Durchmesser von 20 *cm*. Ihr Gewicht beträgt 850 *g*. Sie liegt ganz innerhalb des Fruchtsackes. Auf dem Durchschnitt erkennt man makroskopisch, daß letzterer von der enorm dilatierten rechten Tube gebildet wird. Das uterine Ende der letzteren, ca. 1 *cm* lang, unverändert. Das rechte Ovarium läßt sich nicht entdecken und liegt jedenfalls innerhalb des entfernten Tumors, da es bei der Obduktion nicht mehr gefunden wurde. In dem teilweise mitentfernten Lig. lat. zahlreiche weite Gefäße, die A. spermatica ist ungefähr bleistiftdick.

Ein Vergleich der Krankengeschichte mit dem Operationsbefund gibt uns ohne weiteres ein anschauliches Bild von dem Werdegang des Krankheitsprozesses. Die Frau konzipierte zirka Ende Februar und das Ei siedelte sich in der rechten Tube, und zwar dem peripheren Teile derselben an. Schon sehr bald treten starke Beschwerden auf, die Tube vermochte sich jedoch dem wachsenden Inhalte anzupassen. Erst im 9. Lunarmonat kam es zum Aufbruch der Fruchtkapsel mit mäßiger Blutung und teilweisem Austritt des Fötus aus der Fruchtkapsel und den Eihäuten. Die Folge war eine chronisch fortschreitende Peritonitis. Da der Riß jedoch nicht die Plazenta betraf, blieb die Ernährung des Fötus eine gute. Ende November l. J., das war im 10. Lunarmonat der Gravidität, konnte der behandelnde Arzt, welcher selbst gynaekologisch vorgebildet ist, noch deutlich kindliche Herztöne konstatieren. Das teilweise frei im Abdomen liegende Kind starb erst am Ende der normalen Schwangerschaftsdauer ab. Hierfür spricht auch die Länge der Frucht, 51 *cm*. Da dieselbe mit einem großen Teile des Körpers aus dem Fruchtsacke ausgetreten war und sich in der freien Bauchhöhle weiter entwickelte, vermissen wir auch in unserem Falle das sonst typische Bestreben, ihr Volumen auf das Minimum zu beschränken. Die Körperhaltung war eine leicht gebeugte. Die unteren Extremitäten lagen im unteren Anteil des Fruchtsackes, welcher den hinteren Douglas ausfüllte und dem unteren Teile der rechten Beckenschaufel auflag.

Der Kopf lag in Nabelhöhe, wo die schlotternden Schädelknochen den Eindruck kleiner Kindesteile hervorzurufen vermochten. Ein bestimmtes veranlassendes Moment für den Fruchtkapsel und Eihäute perforierenden Riß war in der Anamnese nicht auffindbar. Der abnorm große (hydrokephale) Schädel wirkte in dieser Beziehung jedenfalls begünstigend ein.

Auf die Literatur derartiger Fälle genauer einzugehen erübrigt sich, da wir Sittner[1]) in letzter Zeit eine gründliche und erschöpfende Arbeit über dieses Thema verdanken.

Sehr große Ähnlichkeit besitzt unser Fall mit dem von Franze[2]) publizierten und reiht sich nach Sittners Zusammenstellung diesem insofern als zweiter an, als bei beiden ein nur teilweiser Austritt des Fötus nach primärer Fruchtsackruptur zu-

---

[1]) Sittner, Archiv für Gynaekologie, Bd. 84, pag. 1.

[2]) Franze, Wiener klin. Wochenschrift, 1904, Nr. 19.

stande kam. Bei dem Falle von Franze waren zwischen Fruchtsackruptur und Operation nur 12 Stunden verflossen, während in dem soeben beschriebenen diese teilweise sekundäre Bauchschwangerschaft mehr als 12 Wochen bestand, davon 8 unter Weiterentwicklung des Kindes. Auch in unserem Falle saß der Fruchtsack breitbasig dem Beckenboden auf. Dies war jedoch nicht durch intraligamentäre Entwicklung des ersteren bedingt, sondern durch flächenhafte Verwachsung des tubaren Fruchtsackes mit dem Peritoneum des hinteren Douglas. Diese Art der Entwicklung wird auch von Werth [1]) als die häufigere bezeichnet. Sie erklärt den Sitz der Rupturstelle an der hinteren Wand sowie die makroskopische Unauffindbarkeit des rechten Eierstockes. Die Plazenta inserierte an der oberen und vorderen Wand der dilatierten Tube.

In therapeutischer Beziehung bietet der beschriebene Fall wohl kaum etwas Neues. Hätten die höchst ungünstigen äußeren Verhältnisse nicht einen rechtzeitigen Transport der Kranken in die Klinik unmöglich gemacht, so hätten wahrscheinlich Mutter und Kind gerettet werden können.

Nachdem bei der Aufnahme das Kind bereits tot war und zunächst eine zwingende Indicatio vitalis zur Operation nicht bestand, entschlossen wir uns dazu, letztere dann auszuführen, wenn, ohne das Leben der Frau zu sehr zu gefährden, eine totale Entfernung der Frucht samt Plazenta und Fruchtkapsel möglich wäre. Nach allen Erfahrungen der neueren Zeit ergibt diese die unvergleichbar besten Erfolge.

Wie sich später bei der Operation auch herausstellte, wäre in unserem Falle bei der schon bestehenden Peritonitis die einfache Versenkung der Plazenta (Roncaglia [2]), Taylor [3]), Bertazzoli [4]) u. a.) kontraindiziert gewesen, und hätte auch die Marsupialisation (Segond [5]), Pinard [6]) weder bezüglich der Zeit- noch der Blutersparnis einen Vorteil gebracht.

Bei der schon bestehenden hochgradigen Anämie mußte man trachten, jeden größeren Blutverlust zu vermeiden und daher die Operation so lange hinauszuschieben trachten, bis der Plazentarkreislauf aufgehört hätte. Daß dieser zur Zeit der Aufnahme noch bestand, bewies uns aufs deutlichste das über dem ganzen Tumor, nicht aber über dem Uterus zu hörende sausende Geräusch, synchron mit dem Pulse der Frau. Besonders stark und deutlich war dasselbe auf der rechten Darmbeinschaufel, also der Stelle, wo, wie sich bei der Operation herausstellte, die Plazenta im Fruchtsack inserierte. Wir sind daher wohl durchaus berechtigt, in unserem Falle von einem eigentlichen Plazentargeräusch zu sprechen. Wie in unserem, so vermag die Lokalisation dieses Geräusches vielleicht auch in anderen ähnlichen Fällen schon vor der Operation einen Fingerzeig über die Insertionsstelle der extrauterin gelegenen Plazenta zu geben.

Dasselbe nahm während der Dauer des Spitalaufenthaltes der Frau etwas an Stärke ab, hörte jedoch nicht ganz auf. Da der Zustand der Patientin jedoch ein weiteres Hinausschieben des operativen Eingriffes nicht duldete, mußte derselbe bei noch bestehender Blutzirkulation in der Plazenta vorgenommen werden. Leider vermochte er wegen des elenden Allgemeinzustandes der Frau nicht mehr dieselbe vor dem sicheren Tode zu retten.

---

[1]) Werth, v. Winckel, Handbuch der Geburtshilfe, II. Bd., 2. Teil.

[2]) Roncaglia, Annal di ost. e Gin., 1895.

[3]) Taylor, Transact. obst. Lond. Vol. 33.

[4]) Bertazzoli, La prat. ost. gin. I.

[5]) Segond, Congrès de gynécol. Marseille 1898.

[6]) Pinard, Annal. de gyn., 44, pag. 81.

Auch bei der mittelbaren Entfernung der Plazenta ist es äußerst wichtig, nach dem Vorschlage Olshausens[1]) zuerst das Lig. infund. pelvic. und die uterine Verbindung des Fruchtsackes mit den zuführenden Gefäßen vor jedem Ablösungsversuche aufzusuchen und abzuklemmen. Wir sehen dies auch in unserem Falle, indem hierdurch eine lebhafte Blutung aus einem zufälligen kleinen Plazentareinrisse mit einem Schlage sistiert wurde und die ganze spätere Operation fast ohne jeden Blutverlust ausgeführt werden konnte.

Endometritis chronica und Abrasio mucosae.

Von Dr. **Ludwig Herzl,** Frauenarzt in Wien.

Im Verlaufe von 3 Jahren hatte ich Gelegenheit, 8 (!) Patientinnen zu sehen, die von anderer Seite wegen der Klage über Fluor curettiert worden waren, und machte in jedem dieser Fälle die gleiche Erfahrung, mit der ich gewiß nicht vereinzelt dastehe, die aber meines Erachtens nichtsdestoweniger verdient, immer wieder zur öffentlichen Diskussion gestellt zu werden.

Alle diese Fälle weisen in der Anamnese die charakteristische Angabe auf, daß der Ausfluß die betreffende Patientin zum Frauenarzte führte, und daß nach höchstens dreiwöchentlicher Behandlung, dreimal auch ohne eine solche, das Curettement ausgeführt wurde, ohne daß die Menses inbezug auf Regularität, Intensität und Dauer irgend einen pathologischen Charakter gezeigt hätten. Es ist also allen diesen Fällen gemeinsam, daß die Abrasio mucosae nur auf die Indikation „Fluor“ hin unternommen wurde. Der Effekt war jedesmal ein recht kläglicher und beklagenswerter. Nicht nur, daß kein Heilerfolg erzielt wurde, stellte sich im Gegenteil alsbald ein noch viel stärkerer Ausfluß ein, als er je vorher bestanden, so daß die Frauen, enttäuscht durch die Verschlimmerung ihres Zustandes, dessen Heilung durch den operativen Eingriff ihnen als sicher hingestellt worden war, voll Unzufriedenheit sich von ihren bisherigen Ärzten abwandten.

Der letzte Fall, den ich sah, betraf eine 31jährige Frau, die dreimal spontan geboren hatte, stets regelmäßig 3—4tägig menstruierte und nur wegen Ausflusses einen Frauenarzt aufsuchte. Nach dreiwöchentlicher Behandlung, während welcher sie achtmal intrauterin geätzt worden war, wurde sie, da noch keine Besserung eingetreten, curettiert. Nach der Auskratzung aber vermehrte sich der Ausfluß derart, daß sie nun gezwungen war, in der Vagina beständig einen Wattepfropf gleichsam als Rezipienten zu tragen. Dieser letzte Fall, zugleich der ärgste unter meinen bisherigen Beobachtungen, den ich ca. 8 Wochen nach der Operation zu Gesichte bekam und der jetzt so weit gebessert ist, daß die Patientin kaum mehr etwas vom Fluor spürt, veranlaßte mich hauptsächlich zu der vorliegenden Besprechung.

Es ist ja unleugbar, daß in geeigneten Fällen die Ausschabung der Uterusschleimhaut das zum Ziele führende Verfahren zur Behebung eines starken Ausflusses darstellt. Die Auswahl solcher Fälle ist jedoch nicht auf den ersten Blick hin möglich und bedarf, wie wir noch sehen werden, reiflicher Überlegung. Wenn ich aber bedenke, daß mir der Zufall in so kurzer Zeit relativ so viele Mißerfolge vor Augen führte, so muß sich mir die Frage aufdrängen, ob nicht die Indikation zur Anwendung der

---

[1]) Olshausen, Deutsche med. Wochenschr., 1890, Nr. 8.

Curette bei reiner chronischer katarrhalischer Endometritis denn doch gar zu oft gestellt werde.

Wenn man nun in der Literatur über diesen Gegenstand Umschau hält, so wird die Antwort auf diese Frage nicht leicht. Die chronische Endometritis nimmt in vieler Hinsicht eine ganz eigentümliche Stellung ein. Ist sie einerseits sicherlich die häufigste Erkrankung des weiblichen Genitales, die die reichhaltigste Ätiologie hat, so herrscht andrerseits eine solche Divergenz in den Anschauungen über diesen Zustand, daß es wohl noch schwer zu behaupten ist, ob die Resultate der Forschungen von Theilhaber und A. Meier [1]), als auch von Hitschmann und Adler [2]), die nur die Endometritis interstitialis als pathologisch gelten lassen, während die bisher als glanduläre Form bezeichnete Abart nur prämenstruelle Veränderungen seien, tatsächlich den Erfolg haben werden, die Lehre von der Endometritis auf eine einfache und einheitliche Basis gestellt zu haben.

Auch bezüglich der Behandlung der chronischen Endometritis zeigt sich dasselbe Schwanken, dieselbe Divergenz. Es ist eine alte Erfahrungstatsache, daß die Zahl der gegen eine Erkrankung empfohlenen Heilmittel im umgekehrten Verhältnis steht zu den Heilerfolgen. In dieser Hinsicht wetteifert die chronische Endometritis mit allen Erkrankungen, deren Therapie sich in ähnlicher Lage befindet, wenn sie nicht überhaupt schon den größten Rekord geschlagen hat. Alle Möglichkeiten therapeutischen Eingreifens finden da ihre Fürsprecher: von der bloßen Behandlung des Allgemeinzustandes ohne jegliche lokale Therapie bis zur Abrasio bei jeder Form der chronischen Endometritis. Dazu kommt noch die große Zahl chemischer und physikalischer Mittel, die zur Bekämpfung der in Frage stehenden Schleimhautentzündung vorgeschlagen wurden und verwendet werden.

Bei einer so unsicheren und unklaren Sachlage scheint nun tatsächlich jeglicher Willkür Tür und Tor offen zu stehen, und jede Geschmacksrichtung kann in der Literatur autorisierende Belege finden. Es wäre also jeder einzelne auf seine eigenen Erfahrungen und Neigungen angewiesen. Aber wenn man es in einer Zeit, in welcher die operative Technik einen so imposanten Gipfel der Sicherheit erklommen hat, trotzdem für dringend geboten hält, immer wieder auf die Gefahren hinzuweisen, die selbst der Geübteste und Erfahrenste bei einem scheinbar so einfachen Eingriffe wie der Abrasio mucosae uteri zu beklagen hat, so sollte man doch erwarten, daß ein Curettement nicht leichtfertigerweise, sondern nur auf eine strenge Indikation hin ausgeführt werde. Ja, wenn nur der Uterus nicht ein so duldsames und gutmütiges Organ wäre! Jeder wird daher Fritsch [3]), dem Klassiker unter den Verfassern gynaekologischer Lehrbücher, beistimmen, wenn er klagt: „Heutzutage ist leider von rationeller Behandlung kaum die Rede, sondern nur von dem, was man ungestraft dem Uterus zumuten kann. Endometritis — Auskratzen und Ausätzung — gilt so ausnahmslos als selbstverständlich, daß man sich doch fragen muß: wird hier noch nach allgemeinen therapeutischen Regeln oder schablonenhaft vorgegangen?"

Ich stehe nun mit voller Überzeugung auf der Seite derjenigen Autoren, die der Anwendung der Curette in der Therapie der chronischen Endometritis — gleichgültig, ob hämorrhagisch oder nicht — nur den Platz eines ultimum refugium einräumen nach gewissenhafter erfolgloser Ausnutzung aller uns

---

[1]) XII. deutscher Gynaekologenkongreß zu Dresden, 1907.

[2]) Ibidem.

[3]) Die Krankheiten der Frauen.

sonst noch zu Gebote stehenden Heilmittel. Haftet denn einer entzündlich veränderten Schleimhaut der Charakter von Malignität an, daß wir den Organismus so rasch als möglich von ihr befreien müssen? Und nimmt uns denn nicht die Erfahrung, daß uns ein Rezidiv zur Wiederholung des Curettements zwingen kann, die Berechtigung, der Frau in sichere Aussicht zu stellen, daß die sich neubildende Schleimhaut völlig gesund sein wird? Und je rascher einer mit der Curette bei der Hand ist, desto eher setzt er sich Mißerfolgen aus. Denn jeder Fall von chronischer Endometritis verlangt eine eingehende Beobachtung, schon mit Rücksicht auf die so verschiedenartigen verursachenden Möglichkeiten. Da sind denn die Ergebnisse der Untersuchungen Theilhabers[1]), die er in Gemeinschaft mit A. Meier anstellte, von besonderem Werte. Er fand, daß der nicht durch Gonorrhöe bedingte Ausfluß an der ausgeschabten Schleimhaut häufig keine pathologischen Veränderungen erkennen läßt, daß er vielmehr meist Folge von Störungen in der Zirkulation ist, die auf chronischer Metritis, Insufficientia uteri, Exzessen in venere, psychischen Erregungen, mangelhafter Zirkulation infolge Bleichsucht, Anämie etc. beruhen. Durch dieselben Ursachen sind nach diesem Autor auch die abnormen Blutungen hervorgerufen, die wohl manchmal durch partielle polypöse Hyperplasien der Schleimhaut, Adenome etc., aber nicht durch diffuse Entzündung der Mukosa zustande kommen.

Eine voreilige Auskratzung wird mithin in solchen Fällen naturgemäß keine Lorbeeren tragen, die Schleimhaut wird nach ihrer Regeneration selbstverständlich wieder dieselben Symptome zeitigen, da deren Grundursache einen für die Curette unerreichbaren Sitz hat. Aus derselben Erfahrung heraus äußert sich auch Fritsch[2]): „Die vielen Fälle, wo Auskratzungen auf Blutungen und Sekretion absolut keinen bessernden Einfluß haben, sind durch die Nichtberücksichtigung der ätiologischen Momente zu erklären. Manche Menorrhagie wird durch Regelung des Stuhlganges, allgemeine Antiphlogose, Ruhe, Enthaltung vom Koitus, Unterlassen jeder gynaekologischen Manipulation viel richtiger und erfolgreicher behandelt als durch die so beliebten Auskratzungen.“

Gilt dies sogar schon für die hämorrhagische Form, so sah ich mich vollends bei chronisch-katarrhalischer Endometritis noch nie in die Zwangslage versetzt, zur Behebung eines „Fluors“ eine Abrasio mucosae vorzunehmen. Auch in den eingangs erwähnten 8 Fällen, deren arge Verschlimmerung wohl zum Teile auch auf Infektion beruht haben dürfte, erzielte ich durch geduldige Behandlung das durch das Curettement vergebens angestrebte Resultat. Und Geduld ist neben eingehender Beachtung der Ätiologie sicherlich eine der Grundbedingungen für einen guten Erfolg. Nur darf man eben nicht, wie es in den meisten der obigen Fälle geschehen, schon nach dreiwöchentlicher Behandlung, also nach 6 oder höchstens 9 intrauterinen Ätzungen das bis dahin erreichte Resultat als Kriterium für die Entscheidung aufstellen, ob ausgekratzt oder weitergeätzt werden soll. Auch Ungeduld der Patientin darf uns nicht zu einem voreiligen Verfahren bestimmen, das wir nicht mit unserer vollen ärztlichen Überzeugung vor dem Forum unseres eigenen Gewissens vertreten können. Diesbezüglich gibt wieder Fritsch[3]) den besten Rat, den ich bisher, ohne daß mir deshalb eine Patientin ausgeblieben wäre, stets befolgt habe: „Vor allem muß man die Patientinnen darauf

---

[1]) l. c.
[2]) l. c.
[3]) l. c.

hinweisen, daß jahrelang bestehende Leiden nicht durch eine einmalige Ätzung usw. zu beseitigen sind. Man muß die Wichtigkeit der längeren Kur, der Ausdauer und der Gewissenhaftigkeit betonen und davor warnen, etwa eigenmächtig die Kur abzubrechen. Man muß ausdrücklich darauf hinweisen, daß nicht der Uterus allein krank ist, sondern daß allgemein vernünftige Diätetik ebenso notwendig ist. Weshalb spielen denn die Naturärzte heutzutage eine so große Rolle? Weil die Gynaekologen nur „operieren", aber den Allgemeinzustand zu wenig berücksichtigen!"

Ist hier gleichzeitig eine Frage von eminent ökonomischer Bedeutung für die Ärzte berührt, so sollte dies umsomehr beherzigt werden, als Frauen, die von einem operativen Eingriffe, der sie zu einem größeren materiellen Opfer zwang, keine Besserung ihres Leidens sehen, epikritisch nicht selten — wie ich es aus eigener Erfahrung bestätigen kann — den Verdacht aussprechen, ob in praxi nicht oft auch andere als wissenschaftliche Motive leitend und verleitend wären.

Hebammenwesen und Sozialhygiene.

Über das Hebammenwesen in Russisch-Polen, Schweden und Norwegen.[1]

Im Königreich Polen sind drei Typen Hebammen: I. Klasse, II. Klasse und Dorfhebammen. Es gibt drei Schulentypen! Die hohe Schule in Warschau beim Institut für Gebärende, wo sich auch die Universität befindet, soeben wegen politischen Streiks geschlossen. Zweijähriger Kursus. Das Programm ist sehr weit. Die, welche jene Schule vollenden wollen, müssen wenigstens vier Gymnasialklassen durchmachen. Bei diesem Institut ist auch die Schule für Dorfhebammen. Dies sind nur Bauernweiber. Sie müssen lesen und schreiben können. Dies ist aber nicht unumgänglich notwendig. Sie wohnen im Institut. Sie lernen auf gewöhnliche Art durch Fragen und Antworten. Der Kursus dauert ein Jahr. Nach vollendeter Lehre müssen sie aufs Land zurückkehren und sich dort mit der Praxis beschäftigen. Jetzt ist nur der Hebammen der I. und II. Klasse zu gedenken. Sie haben dieselben Rechte. Die Hebammen II. Klasse lernen im Institut und in städtischen Anstalten für Gebärende, ebenso in Privatanstalten. Warschau besitzt fünf städtische und einige Privatanstalten für Gebärende. Die Studien in diesen Anstalten dauern ein Jahr. Die Prüfung wird vor einer Regierungskommission abgelegt. Hier kostet der Unterricht 100 Rubel jährlich. Solche Schulen sind auch in Provinzialstädten: in Kalisch, Lublin, Lodz, Czenstochowa. Repetitionskurse gibt es keine. Die Regierung richtet keine Repetitionskurse ein. Von 105 Städten des Königreiches Polen gibt es nur in 80 Stadthebammen. Die Pension ist klein, Maximum 120 Rubel jährlich. Unter 1287 Gemeinden des Landes mit 10 Millionen Einwohnern gibt es in 540 keine Hebamme.

Die geburtshilfliche Lehre in diesen Schulen entspricht vollkommen dem gegenwärtigen Stande der Lehre. Antisepsis und Asepsis werden nach speziellen Reglements und Instruktionen sorgfältig beobachtet.

[1]) Als Resultate einer Rundfrage von Herrn Dr. Emil Ekstein, Teplitz, der Redaktion in liebenswürdiger Weise zur Verfügung gestellt.

Die Warschauer gynaekologische Gesellschaft hat auf eigene Kosten für die Landhebammen ein Büchlein herausgegeben über Prophylaxis sub graviditate, partu et puerperio.

Meine Hauptforderungen in dieser Frage (im Buch: Die Medizin in Autonomie — „Medycyna w samorzgdzie“ st. 298. Warzawa. Wende 1906, welche eine Sammlung von verschiedenen Schriftstellern ist) sind folgende: Nur ein Hebammentypus. Jede Gemeinde muß eine pensionsfähige Hebamme halten. Jeder Bezirk muß eine Anstalt für Gebärende errichten. Es müssen Repetitionskurse für Ärzte und Hebammen gestattet werden. Dr. med. Josef v. Jaworski.

Es gibt drei Hebammenschulen in Schweden: eine in Stockholm, eine in Gotenburg und eine in Lund. Die letztgenannte schickt jährlich nur ungefähr zehn Hebammen aus und wird wahrscheinlich bald eingezogen werden. An jeder der beiden anderen Schulen sind zwei Lehrer und eine Instruktionshebamme angestellt. Der Unterricht wird das ganze Jahr hindurch erteilt, doch haben die Lehrer sechs Wochen und die Instruktionshebamme einen Monat Ferien. Die Schulen befinden sich in den Entbindungsanstalten der respektiven Städte und werden dort keine Ärzte unterrichtet (eine Ausnahme macht Lund). In der Stockholmer Entbindungsanstalt wurden voriges Jahr 2500 Frauen entbunden, in derjenigen von Gotenburg nicht ganz halb so viele. In Stockholm wird eine neue Entbindungsanstalt gebaut, und wenn sie fertig ist, werden die Schülerinnen für billigen Preis in der Entbindungsanstalt wohnen und essen sowie unter der Aufsicht einer Hausmutter stehen. In jeder der beiden größeren Schulen werden jedes halbe Jahr ungefähr 30 Schülerinnen aufgenommen und jedes Jahr werden ungefähr 120 geprüft. Die ganze Anzahl Hebammen im Lande beläuft sich auf ungefähr 3000. Der Unterricht wird ganz kostenfrei erteilt. Eine kleinere Anzahl armer Schülerinnen bekommt vom Staate eine monatliche Unterstützung von 20 Kronen.

In Stockholm, dessen Verhältnisse ich als Lehrer am besten kenne, beteiligt sich jede Schülerin unter der Aufsicht einer Oberhebamme an der Leitung und Untersuchung von ungefähr 50 Entbindungsfällen.

Der eine Lehrer und die Instruktionshebamme unterweisen oder geben Anleitung bei der Untersuchung eine Stunde täglich, der andere Lehrer unterrichtet 3—4 Stunden in der Woche. Die Eintrittsforderungen waren bis jetzt: Alter 22—38 Jahre, Fertigkeit im Lesen, Schreiben und Rechnen der vier Spezies; da aber die Anzahl der Bewerberinnen immer sehr groß war, hat man doch eine ziemlich gute Auswahl treffen können. Die meisten der Bewerberinnen sind Bauerntöchter; in den letzten Jahren aber sind auch nicht so wenig gebildete Mädchen und Krankenpflegerinnen Hebammen geworden und haben sich bewährt. Die meisten von diesen sind jedoch bis jetzt in den Städten geblieben. Bald wird wohl ein neues Reglement an Stelle des alten fünfzigjährigen treten, und in diesem ist die Veränderung gemacht worden, daß die Eintrittsforderungen etwas höher gestellt sind, doch nicht höher, als daß auch bessere Bauerntöchter sie leicht erfüllen können. Die unvergleichlich größere Anzahl der Schülerinnen ist unverheiratet.

Der eigentliche Hebammenkurs dauert 9 Monate, aber die meisten Schülerinnen machen noch einen Kurs von 3 Monaten durch, während welchem ihnen auch ein Elementarkurs in obstetrischer Operationslehre zuteil wird. Dies ist eine für unser Land eigentümliche Anordnung, die schon seit 80 Jahren üblich ist und welche durch die oft unerhört weiten Entfernungen zu einem Arzt entstand. Das Recht der Hebammen zu operieren ist jedoch streng begrenzt und tritt nur in Kraft, wenn es unmöglich ist, einen Arzt zu schaffen. Im Jahre 1904 wurden von Hebammen ungefähr 300 Zangen-

operationen ausgeführt, beinahe ohne Ausnahme leichte Ausgangszange. Die Sterblichkeit unter den operierten Frauen war 2·5% und unter den Kindern 9%. Früher machten sie auch mehrere Perforationen, doch diese Operationen, für welche es ihnen natürlich sowohl an technischer als wissenschaftlicher Kompetenz fehlte, haben ganz aufgehört.

Die schwedischen Hebammen haben sich im allgemeinen bemüht, ihres Amtes so gut als möglich zu walten und haben selten Gelegenheit zu Klagen über gröbere Versehen gegeben. Die offizielle Ziffer über Puerperalfiebertodesfälle für das Jahr 1904 war 210.

Ungefähr 20% der Hebammen praktizieren frei, die übrigen sind kommunal angestellt.

Der Gehalt ist ziemlich klein, ungefähr 300 K jährlich nebst Heizung und Wohnung. Die Taxe ist niedrig, zwischen 1—3—5 K wechselnd. Man versucht jedoch diese Taxe in dem neuen Reglement etwas höher festzustellen.

Für die von der Gemeinde Angestellten gibt es eine Pensionsanstalt, zu welcher der Staat, die Gemeinden und die Hebammen selbst beitragen. Zum Beispiel: eine Hebamme fängt mit 25 Jahren an, jährlich 20 K einzuzahlen, bis sie 45 Jahre alt ist; die Gemeinde zahlt 10 K jährlich; dann kann sie mit 65 Jahren anfangen, jährlich 405 K zu beziehen. Es wäre jedoch wünschenswert, daß die Hebammen etwas früher pensioniert werden könnten.

Repetitionskurse sind eingerichtet, und zwar jährlich zwei an jeder Schule, ungefähr 100 Hebammen beteiligen sich jedes Jahr an denselben. Dr. Edw. Alin.

Die Ausbildung der norwegischen Hebammen findet auf der Universitätsklinik in Kristiania, wo auch die Studenten unterrichtet werden, statt, und auch in einer Hebammenschule in Bergen. (In Kristiania ca. 1000 Geburten und 250 gynaekologische Patienten jährlich, in Bergen ca. 300 Geburten.)

Der Kursus dauert ein Jahr und kostet K 360 bei freiem Aufenthalt alles inklusiv.

Aufnahmsbedingung: Alter 20—30 Jahre, gute Volksschulausbildung oder mehr. Häufig sind es Damen der gebildeten Stände. Ein Internat für Hebammenschülerinnen ist der Klinik beigefügt.

Theoretischer Unterricht: 9 Stunden wöchentlich von dem dazu angestellten Lehrer und dem I. Assistenten. Täglich klinischer Unterricht vom Leiter der Klinik. Im Gebrauch ist das Lehrbuch für Hebammen von Prof. Schönberg. Kr. Brandt.

Bücherbesprechungen.

Dr. Ernst Runge, Assistent an der Universitäts-Frauenklinik der königl. Charité in Berlin. Gynäkologie und Geburtshilfe in ihren Beziehungen zur Ophthalmologie. Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1908.

Auf 164 Seiten bringt uns Verfasser eine gediegene, gründliche Zusammenstellung aller dieses Thema behandelnden Arbeiten, wofür die Zahl von fast 800 Nummern des Literaturverzeichnisses deutlich spricht.

In einem kurzen Referate ist es unmöglich, den Inhalt der fleißigen Arbeit auch nur auszugsweise zu bringen. Es sei daher nur hervorgehoben, daß der Einfluß der Menstruation, speziell der normalen, der Dysmenorrhöe, Amenorrhöe, der Suppressio mensium, der Pubertät, des Klimakteriums, der lokalen Genitalerkrankungen, der Masturbation, des geschlechtlichen Verkehres, Chlorose, Basedow, Schwangerschaft, Geburt, Wochenbett, Laktation, genitaler Blutverluste und infektiöser Prozesse, dann

der Verletzungen des kindlichen Auges unter der Geburt und endlich der Ophthalmoblennorrhoea neonatorum in bezug auf Konjunktiva, Kornea, Sklera, Iris, Ziliarkörper, Linse, Retina, Chorioidea, Sehnerv u. a. eingehend geschildert und die verschiedenen Ansichten der Autoren objektiv getreu ausgeführt werden.

Für den Gynaekologen besonders von Interesse ist der Abschnitt über Retinitis albuminurica und deren Therapie wegen der Besprechung der Indikationsstellung zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft und der Abschnitt über Laktation.

Wer über das Thema in Hinkunft zu arbeiten beabsichtigt, wird mit großem Danke die reichhaltige Arbeit benützen. v. Steinbüchel.

O. v. Herff, Im Kampfe gegen das Kindbettfieber. Samml. klin. Vortr. Nr. 177. Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1908.

In einem als Mahnwort an Ärzte gehaltenen, inhaltsreichen Vortrage betont der Autor die Bedeutung sowohl der Fernhaltung von Fremdkeimen als insbesondere der Selbstinfektion, die durch Traumen wesentlich drohender wird. v. Herff bekennt sich als Gegner der Hautreinigungsmethoden, welche die Haut aufweichen. Er bevorzugt die mechanische Wegscheuerung der Oberflächenkeime mit Einsperrung der Tiefenkeime. Zumal der Alkohol trocknet die Haut vorzüglich aus und macht sie schrumpfen. Mittelst Flanellappens wird die Haut mit Alkohol und Aceton aa. durch 5 Minuten abgerieben und dann mit Chirosoter, einer Lösung verschiedener Wachsarten in Tetrachlorkohlenstoff, überzogen. v. Herff gibt dieser Hautbedeckung den Vorzug vor Handschuhen, die kostspielig, zerreißlich sind und das Tastgefühl beeinträchtigen. Vor operativen Eingriffen bedient der Autor sich der Scheidenspülungen. Von größter Wichtigkeit ist die möglichste Einschränkung des Geburtstraumas. v. Herff ist berechtigt, seiner Anstalt den höchsten Konservativismus zu vindizieren und führt auch den ziffernmäßigen Nachweis dafür an. So gelangt er zu dem Satze: Die abwartende Geburtsleitung, gestützt auf vorbeugende Eingriffe, ist in ihren Endergebnissen nicht nur völlig gleich, sondern muß auf die Dauer besser sein als die abwartende Geburtsleitung, gestützt auf Kaiserschnitt und Beckenspaltungen. Bemerkungen über zweckmäßige Leitung der Nachgeburtsperiode schließen den hochinteressanten Vortrag. F.

Pfannenstiel, Über abdominale und vaginale Köliotomien. Samml. klin. Vortr. Nr. 178. Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1908.

Der für den in Philadelphia tagenden Kongreß der American Gynecological Society bestimmte Vortrag ist eine vergleichende Studie über Wert und Leistungsfähigkeit beider Operationen. In objektiver Weise werden die Vorteile und Nachteile der beiden Wege besprochen sowie die wichtigsten speziellen Indikationen angeführt. Es verdient für die intraperitonealen gynaekologischen Operationen die abdominale Köliotomie bei weitem den Vorzug, immerhin bleibt für die Kolpoköliotomie eine Anzahl ziemlich scharf umgrenzter Indikationen übrig. Keineswegs besteht mehr der Satz zurecht, daß, was irgend der vaginalen Operation zugänglich ist, auch vaginal erledigt werden soll. Die Fortschritte in der Asepsis und in der Technik haben hierin gründlich Wandel geschaffen. Als beste Methode für die abdominale Köliotomie empfiehlt Verf. den von ihm angegebenen suprasymphysären Faszienquerschnitt, dessen Technik er näher erläutert und dessen Leistungsfähigkeit auch bezüglich des vollständigen Ausbleibens von Hernien er bespricht. Eine kurze Berührung der vaginalen Technik beschließt den sehr lesenswerten Vortrag. K.

Ahlfeld, Der praktische Arzt und die Händegefahr. Samml. klin. Vortr. 179/180. Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1908.

Ein neuer Beitrag des um die Lehre von der Händedesinfektion so hochverdienten Autors, um so aktueller, als zur Zeit der Wert der Handschuhe bereits von mehreren Seiten angezweifelt wird. Ahlfeld bricht neuerdings eine Lanze für seine Heißwasser-Alkoholdesinfektion. Er hält Abstinenz und Noninfektion nicht für den praktischen Arzt für erreichbar, aber auch nicht für notwendig. Denn es kann, wie seine zahlreichen Versuche ergaben, bei bald auf die Infektion erfolgender mechanischer Reinigung mit angeschlossener Alkoholabreibung der Keimgehalt der Hände fast auf Null gebracht werden. Es soll demnach möglichst bald nach erfolgter Verunreinigung die Hand typisch desinfiziert werden. Auch die an der Klinik gewonnenen Resultate beim Unterricht ergaben das Gleiche. Der Handschuh benimmt Ahlfelds Händen das

feinere Tastgefühl. Auch der Selbstreinigung widmete der Autor einige Experimente. Er verwahrt seine Methode gegen den Vorwurf, sie sei eine Scheindesinfektion und erweist die bakterizide Kraft des Alkohols. Jedenfalls sei ein absoluter Erfolg von seinem Verfahren nur dann zu erwarten, wenn dasselbe so geübt werde, wie Ahlfeld es vorschreibt.

Die Frage der subjektiven Asepsis ist auch jetzt noch nicht abgeschlossen. Sie ist in steter Evolution, und wir müssen gespannt der nächsten Zukunft entgegensehen, die gewiß interessante Wandlungen eben dieser Frage bringen wird. F.

Czyzewicz jun., Hyperemesis gravidarum. Volkmanns Samml. klin. Vortr., Gyn. Nr. 176. Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1908.

Nach Sichtung der zahlreichen Theorien über das Wesen der Hyperemesis gravidarum präzisiert Verfasser seine Auffassung dahin, daß es sich um keine einheitliche Krankheitsform, sondern um ein Konglomerat von verschiedenen pathologischen Prozessen handelt, denen nur das Symptom des schwer stillbaren Erbrechens gemeinsam ist. Er unterscheidet die Hyperemesis gravidarum vera, als Schwangerschaftsinfektion im Sinne Starzewskis, als Folge der Vergiftung der Mutter durch Exkrete der Frucht, von der Hyperemesis gravidarum spuria, als Symptomenkomplex verschiedener anderer mit der Schwangerschaft komplizierter Krankheiten. Mit einer kurzen Darstellung der Symptomatologie, Diagnose, Prognose und Therapie schließt der interessante Aufsatz. K.

A. Martin, Überblick über die Entwicklung der modernen gynaekologischen Operationstechnik. Samml. klin. Vortr. Nr. 181. Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1908.

Kurze historische Darstellung mit knapper Berücksichtigung des gegenwärtigen Standes der wichtigsten Fragen. K.

Sammelreferate.

Hämatologie des Neugeborenen.

Referat über die im Jahre 1907 erschienenen Arbeiten.

Von Dr. **Heinrich Lehndorff**, Assistent am Karolinen-Kinderspitale.

1. Biffi et Galli: **Recherches sur le sang et sur les urines des nouveau-nés et des nourrissons.** (Journ. de physiol. et de path. général. T. IX, pag. 721.)
2. Leuret: **Sur l'ictère hémolytique des nouveau-nés.** (Folia haematolog. V, pag. 86.)
3. Chauffard: **Pathogénie de l'ictère congénital.** (Sem. méd., 16. I. u. 29. I., Journ. des pract., Nr. 39.)
4. Chauffard et Fiessinger: **Ictère congénital hémolytique avec lésions globulaires.** (Soc. méd. des hôp. de Paris, 8. XI.)
5. Widal et Philibert: **La fragilité globulaire chez certains ictériques congénitaux.** (Gaz. des hôp., 19. IX.)
6. Gilbert, Lereboullet et Herscher: **Les trois cholémies congénitales.** (Soc. méd. des hôp., 15. XI.)
7. Vicarelli: **Ricerche italian. di ematolog. nel campo ostetr. et ginecolog.** (Fol. haematolog., IV, pag. 939.)
8. Rieländer: **Der Kohlensäuregehalt des Blutes in der Nabelschnurvene.** (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gynaekolog., XXV.)
9. Orland: **Die neueren Ergebnisse über das Verhalten der Leukozyten mit Beitrag zur Untersuchung des „neutrophilen Blutbildes" beim gesunden und kranken Säugling.** (I.-D. Bonn 1907 und Med. Klinik, Nr. 49.)
10. Pézopoulos et Cardamatis: **Du paludisme congénital.** (Zentralbl. f. Bakt., XLIII. pag. 181. Arch. de méd. des enf., X, Nr. 1.)
11. Economos: **La perméabilité du placenta aux hématozoaires. Le paludisme congénital.** (L'obstétrique, pag. 245, zit. nach Fol. haematolog.)

12. Flesch u. Schossberger: **Leukämische Blutveränderung bei angeborener Lues und Sepsis.** (Deutsche med. Wochenschr., pag. 1090 u. Orvosi hetilap, Nr. 17.)

13. Ribadeau-Dumas et Poisot: **Ictère et hémorrhagies chez un hérédo-syphilitique. Anémie et myelémie, septicémie à spirochaeta pallida.** (Bull. de la soc. de biol. 16. II.)

14. Armand Delille et Blechmann: **Volumineuse splénomégalie avec réaction lymphoide et anémie métaplastique chez un nourrisson probablement syphilitique.** (Bull. de la soc. de péd., pag. 161.)

Die große hämatologische Literatur des vergangenen Jahres hat nur sehr wenige Arbeiten gebracht, die sich mit dem Blute des Neugeborenen beschäftigen. Über die Morphologie des kindlichen Blutes in den ersten Lebenstagen berichtet eine ausführliche Studie von Biffi und Galli, die im wesentlichen die bekannten Angaben bestätigt. Die Zahl der roten Blutkörperchen ist am ersten Tage größer als die mittlere Zahl beim Erwachsenen, erreicht ihr Maximum am 2. Lebenstage, bleibt noch hoch in der ersten Woche und gelangt nach 10 Tagen zur Normalzahl. Das Volumen der Zellsäule, die sich durch spontane Sedimentierung abscheidet, beträgt in den ersten 3 Tagen zirka $\frac{707}{1000}$, dann verringert es sich allmählich bis zu dem für Erwachsene geltenden Wert, $\frac{500}{1000}$; die beiden Kurven für Erythrozytenzahl und „Volum. globulaire“ verlaufen parallel. Bezüglich der Leukozyten fanden die Autoren folgendes Verhalten: In den ersten Tagen besteht eine Polynukleose, ein Überwiegen der polymorphkernigen, neutrophilen Leukozyten; erst gegen das Ende der zweiten Woche stellt sich eine Umkehrung der Leukozytenformel ein, im Blutbilde dominieren die ungranulierten, einkernigen Elemente, es bildet sich die Lymphozytose aus, die für das Blut des frühen Kindesalters charakteristisch ist. Die Angaben über die großen mononuklearen Leukozyten, Übergangszellen und Eosinophilen bestätigen die bekannten Befunde. Mastzellen finden sich niemals im Blute des Neugeborenen. Kernhaltige rote Blutkörperchen kommen normalerweise nur in den ersten 6 Lebenstagen im Blute vor. Die neutrophilen Leukozyten haben oft einen wenig gegliederten Kern, erinnern an mononukleare Zellen, ihre Granula sind weniger zahlreich. Azurgranula in Lymphozyten kommen nur sehr spärlich vor. Die Gerinnung des Blutes tritt in der ersten Zeit nach der Geburt verspätet ein. — Von größerem Interesse als diese morphologischen Befunde sind die Untersuchungen über den Farbstoff des Blutplasmas. Die Verf. fanden, daß das Fötalleben und die ersten Wochen des extrauterinen Daseins charakterisiert sind durch die Gegenwart einer beträchtlichen Menge eines gelben Farbstoffes im Blutplasma, den sie für Bilirubin ansprechen. Dieser Gallenfarbstoff findet sich stets im Blute und fast stets im Harne des Neugeborenen, ob nun dabei Gelbfärbung der Haut besteht oder nicht. Die Ursachen dieser „Bilirubinämie“ sind in dem Fehlen der Elimination des gelben Farbstoffes durch die Nabelschnurgefäße infolge insuffizienter Funktion der Nieren und andrerseits in der Hyperproduktion des Plasmochroms infolge gesteigerter Destruktion der roten Blutkörperchen wegen verminderter Resistenz derselben gelegen. Kommt es zum Hautikterus des Neugeborenen, so fällt er mit dem Höhepunkte der Bilirubinämie zusammen. Das Auftreten desselben hängt von bisher noch unbekannten Bedingungen im Verhalten des Hautgewebes ab.

Gegen diese neue Theorie von der Entstehung des Icterus neonatorum nimmt Leuret entschieden Stellung. Er leugnet, daß der gelbe Plasmafarbstoff Bilirubin ist und bestreitet die Insuffizienz der fötalen Niere. Die ganze Frage des hämolytischen Ikterus wird gegenwärtig in Frankreich wieder lebhaft diskutiert; zahlreiche Arbeiten von Chauffard, Widal und ihren Schülern beschäftigen sich mit der Prüfung der

Resistenz der Erythrozyten, ihrem tinktoriellen Verhalten etc. Der „hämolytische Ikterus“ scheint seine ätiologische Bedeutung für gewisse Formen des kongenitalen (familiären) Ikterus zu haben; ob er für die Entstehung des Icterus neonatorum in Frage kommt, müssen erst weitere Untersuchungen entscheiden.

Für die Gynaekologen dürfte ein Sammelreferat von Interesse sein, das Vicarelli in den Folia haematolog. mitteilt, in welchen über hämatologische Arbeiten italienischer Autoren berichtet wird, die sich auf das Gebiet der Geburtshilfe und Gynaekologie beziehen. Es sei hier auf die Arbeiten von Raineri (Biochemische Untersuchungen des mütterlichen und fötalen Blutes), Capoldi (Übergang von Agglutininen), Bertino (Lysine), Bolli (Morphologisch-chemische Untersuchung des Fötalblutes bei schwerer Anchylostomum-Anämie der Mutter) etc. hingewiesen.

Rieländer bestimmte nach einer neuen Methode den Kohlensäuregehalt des Nabelschnurvenenblutes. Der CO_2-Gehalt schwankt beim Lebendgeborenen zwischen 21·3 und 55·5 Volumproz. (auf 0° C und 760 *mm* berechnet), beim Totgeborenen zwischen 26·1 und 36·4, während das Erstickungsblut 52·6—69·2 Volumproz. Kohlensäure enthält. Der CO_2-Gehalt ist bei später Abnabelung etwas größer (40·9%) als bei sofortiger (37·1%); Frühgeborene haben meist etwas höhere Kohlensäuremengen, bei Asphyxie kann der CO_2-Gehalt bis über 40 Volumproz. steigen.

Das Interesse für das „neutrophile Blutbild“ Arneths beginnt zu schwinden und die meisten Publikationen beschäftigen sich entweder mit der theoretischen Seite der Frage oder studieren pathologische Blutbilder bei Infektionskrankheiten, Eiterungen etc. älterer Individuen, während dem Verhalten des Säuglingsblutes nur wenig Aufmerksamkeit geschenkt wird. Die Untersuchungen Essers (Bonn) über das neutrophile Blutbild beim gesunden und kranken Säugling, über die im Vorjahre berichtet wurde, hat Orland fortgesetzt. Das für das normale Brustkind aufgestellte Blutbild stimmt mit den Normalzahlen Arneths gut überein.

	I.	II.	III.	IV.	V.
Arneth:	5	35	41	17	2
Orland:	7	25	40	24	4

Im Gegensatze zu Zelénski, der einen wesentlichen Einfluß der Ernährung auf die Blutzusammensetzung nicht konstatieren konnte, fanden Esser und Orland, daß die erste Flasche Kuhmilch eine gewaltige Verschiebung des Blutbildes nach links, bis zum Auftreten von Myelozyten, hervorruft; also eine Schädigung im Sinne Arneths, vielleicht eine Reaktion auf die Einverleibung des artfremden Eiweißes.

Ähnliche, nicht so hochgradige Verschiebung nach links findet sich beim Allaitement mixte, während Mehlabkochungen geringen oder gar keinen Einfluß auf das neutrophile Blutbild haben. Chronische Ernährungsstörungen, die Pädatrophie, führen ebenfalls zum Auftreten von Zellen der jüngeren Klassen. Bei Rachitis fand Orland häufig Myelozyten und lymphoide Markelemente (Großlymphozyten, Myeloblasten) im Blute. Da sich bei überfütterten Kindern ebenfalls lymphoide Markelemente nachweisen ließen, denkt der Autor an die Möglichkeit von näheren Beziehungen zur Rachitis und, da er beim Morbus Barlow kein Abweichen des Blutbildes von der Norm konstatieren kann, möchte er nähere Zusammenhänge zwischen Barlow und Rachitis ablehnen.

Die Frage der kongenitalen Malaria wurde von Pézopoulos und Cardamatis studiert; sie konnten in ihren Fällen die Plasmodien im Blute der Mutter stets nachweisen, während sie im Blute des Neugeborenen stets fehlten. Niemals fanden sie sich in den

Organen des Fötus oder im Nabelstrangblute. In der mütterlichen Seite der Plazenta immer reichlich vorhanden, wurden sie in der fötalen Seite konstant vermißt. Die Plazenta erweist sich also als undurchgängig für das Plasmodium malariae.

Mehrere Publikationen berichten über die schwere Schädigung des hämatopoetischen Systems durch hereditäre Lues, die, namentlich beim Hinzutreten von Komplikationen ein hochgradig verändertes, an Leukämie erinnerndes Blutbild hervorrufen kann. So bestand im Falle von Flesch und Schossberger eine Erniedrigung des Hämoglobingehaltes auf 30%, die Zahl der Roten betrug 2,100.000, die der Weißen 51.500. Von den letzteren waren 54% neutrophile, 7% eosinophile polymorphkernige Leukozyten, 9% neutrophile, 1% eosinophile Markzellen, 28% Lymphozyten, 1% Mastzellen; außerdem reichlich kernhaltige rote Blutkörperchen. Die Obduktion und histologische Untersuchung ergab nur luetische und nirgends leukämische Organveränderungen. Diese Inkongruenz zwischen Blut- und Organbefund läßt eine Auffassung dieser Fälle als „echte Leukämie" nicht zu und gestattet nur eine Deutung des Blutbildes als „symptomatische Blutleukämie". Die Blutveränderung deuten die Autoren mit Recht als Folgen der Wirksamkeit der Krankheitserreger und ihrer Toxine. Für die hereditäre Syphilis ist es seit langem bekannt, daß sie auch Schädigung des Knochenmarks, schwere Anämie mit Bildung von Erythroblasten und Myelozyten und reaktiver Erythrogenese und Myelozytose als Reparationsbestrebungen des hämatopoetischen Systems hervorrufen kann. Dadurch können Blutbilder zustande kommen, die an Leukämie erinnern (Anaemia pseudoleucaemica infantum). Mit der echten Leukämie, der Primärerkrankung des lymphatisch-hämatopoetischen Apparates, haben derartige Blutbilder natürlich nichts zu tun. Die Befunde in den Fällen von Ribadeau-Dumas und Poisot und von Armand-Delille und Blechmann sind schon im Titel ihrer Arbeiten enthalten.

Hereditäre Syphilis.

Sammelreferat aus dem Jahre 1907.

Von Dr. **J. K. Friedjung,** Kinderarzt in Wien.

1. Gierke: *a)* **Zur Kritik der Silberspirochäte.** (Berliner klin. Wochenschr., 1907, Nr. 3.) *b)* **Die intracelluläre Lagerung der Syphilisspirochäten.** (Zentralblatt f. Bakteriol. etc., XLIV, H. 4.)
2. Dohi: **Über das Vorkommen der Spirochaete pallida im Gewebe.** (Zentralbl. f. Bakteriol. etc., XLIV, H. 3.)
3. Bertarelli, Volpino und Bovero: **Untersuchungen über die Spirochaete pallida-Schaudinn bei Syphilis.** (Zentralbl. f. Bakteriol. etc., XL, pag. 56.)
4. Bertarelli: **Spirochaete pallida und Osteochondritis.** (Zentralbl. f. Bakteriol. etc., XLI, S. 638.)
5. Benda: **Zur Levaditifärbung der Spirochaete pallida nebst Bemerkungen über die Histologie der Leber bei Lues congenita.** (Berliner klin. Wochenschr., 1907, Nr. 15—16.)
6. Mühlens: **Untersuchungen über Spirochaete pallida und einige andere Spirochätenarten, insbesondere in Schnitten.** (Zentralbl. f. Bakteriol. etc., XLIII, H. 6—7.)
7. H. Bab: **Bakteriologie und Biologie der kongenitalen Syphilis.** (Zeitschr. f. Geburtshilfe etc., LX, pag. 161 und Münchener med. Wochenschr., 1907, Nr. 46.)
8. Fischer: **Über die diagnostischen und therapeutischen Ergebnisse der neuesten Syphilisforschung.** (Therapie d. Gegenwart, Februar 1907.)
9. Stern: **Über die Neuinfektion Hereditärsyphilitischer und über Reinfektion überhaupt.** (Dermatol. Zeitschr., 1907, pag. 197.)

10. Rach und Wiesner: **Weitere Mitteilungen über die Erkrankung der großen Gefäße bei kongenitaler Lues.** (Wiener klin. Wochenschr., 1907, Nr. 18.)
11. E. Fränkel: **Über einen Fall von angeborener Dünndarmsyphilis nebst Bemerkungen über die ätiologische Bedeutung der Spirochaete pallida.** (Münchener med. Wochenschr., 1907, Nr. 32.)
12. Ranke: **Über Gewebsveränderungen im Gehirn luetischer Neugeborener.** (Neurol. Zentralbl., 1907, H. 3—4.)
13. Thomsen: **Die Bedeutung der Radioskopie für die frühzeitige Erkennung einer latenten angeborenen Syphilis.** Bibliothek for Laeger, 1907, VIII, pag. 69; zitiert nach den Jahrb. f. Kinderheilk.)
14. Reinach: **Beiträge zur Röntgenoskopie von Knochenaffektionen hereditär-luetischer Säuglinge.** (Arch. f. Kinderheilk., LXV, pag. 1.)
15. H. Flesch und A. Schoßberger: **Leukämische Blutveränderung bei Lues congenita und Sepsis.** (Deutsche med. Wochenschr., 1907, Nr. 27.)
16. Reiche: **Über den diagnostischen Wert tastbarer Kubitaldrüsen beim Säuglinge.** (Monatsschr. f. Kinderheilk., 1907, Nr. 10.)
17. Verhandlungen der Deutschen Gesellsch. f. Kinderheilk. in Dresden 1907.
18. Ravant: Annal. de Dermatol. et de Syphilis, Februar 1907; zitiert nach Dermatol. Zeitschrift, 1908.
19. Fairbanks: **Cerebral Syphilis in Children.** (Journ. Amer. med. Assoc., März 1907; zitiert nach dem Arch. f. Dermatol. u. Syphilis, 1908.)
20. Heller: **Über die Organisation von Heimen für hereditär-syphilitische Kinder.** (Dermatol. Zeitschr., XIV, pag. 497.)
21. Nagelschmidt: **Die Notwendigkeit einer Nachweisestelle für syphilitische Ammen.** (Med. Klinik, 1907, Nr. 7.)
22. Buschke: **Versorgung geschlechtskranker Schwangerer.** (Deutsche med. Wochenschr., 1907, Nr. 2—3.)

Da mein Bericht die Erbsyphilis als Grenzgebiet der Gynaekologie und Pädiatrie beleuchten soll, so macht er nicht den Anspruch, lückenlos zu sein. Die Klinik des älteren Hereditärsyphilitikers ist nur insoweit berücksichtigt, als sie allgemeines Interesse beanspruchen kann; in der Hauptsache handelt es sich um die syphilitische Frucht, den Neugeborenen und Säugling.

Die Entdeckung der Spirochaete pallida, sodann die von Wassermann und seinen Mitarbeitern angeregten serologischen Studien beherrschen die Literatur auch der hereditären Syphilis. Noch wogt der Kampf um die ätiologische Bedeutung der von Hofmann-Schaudinn beschriebenen Organismen, um die Deutung der sog. Silberspirochäte. Gierke (1) sucht in zwei Arbeiten den Einwand zu widerlegen, die Silberspirochäte in syphilitischen Föten sei ein Mazerationsprodukt. Er konnte sie in den Organen syphilitischer Neugeborener nachweisen, die noch einige Zeit nach der Geburt gelebt hatten. Er fand sie aber ferner bei syphilitischer Pneumonie nicht nur zwischen den Zellen gelagert, sondern auch im Innern von polynukleären Leukozyten, sei es aktiv eingedrungen, sei es durch Phagozytose aufgenommen, ein schlagender Beweis gegen die Annahme, es seien das „Nervenendigungen". Dohi (2) untersuchte 18 syphilitische Früchte nach Levaditti und konnte 15mal die Spirochäte darstellen. Er empfiehlt die ältere Methode (ohne Pyridin). Auch Bertarelli, Volpino und Bovero (3) hatten sie schon in Schnitten von Leber und Milz einer syphilitischen Frucht gefunden und Bertarelli (4) setzte die Arbeiten fort, indem er an 4 Fällen die Gewebe der spezifischen Osteochondritis durchmusterte; er fand die Silberspirochäten im Bindegewebe und Periost, besonders an der Proliferationszone des Epiphysenknorpels, bald in kleinen, bald in großen Mengen. Während sie im Knorpel fast ganz fehlen, findet man sie wieder reichlicher im Knochenmark und in den Trabeculae osseae. Niemals lagen sie intracellulär, oft waren sie gerade, ohne Windungen, das Ende nicht nur spitz zulaufend, sondern auch knopfförmig. Alle diese und andere

Nachweise, deren später noch bei der Beschreibung histologischer Befunde Erwähnung geschehen soll, sind mit der Silbermethode gewonnen. Die Giemsafärbung gelang nicht. Dennoch belegt Benda (5) seine Überzeugung von der Identität der so nachgewiesenen Spirochäten mit der Spir. pallida mit guten Gründen, freilich vorwiegend dialektischer Natur. Aber schon lesen wir von Untersuchungen, die Mühlens (6) an 16 syphilitischen Früchten parallel durchgeführt hat: im Schnitte nach Levaditti, im Ausstriche des Gewebssaftes nach Giemsa. Die gute Übereinstimmung entkräftet die Einwände der Skeptiker wesentlich. Und bald darauf erscheinen zwei Arbeiten von H. Bab (7), die an reichem Material neue gewichtige Gründe für die Spezifizität der „Silberspirochäte“ beibringen.

So ergänzt er Gierkes (1) und Mühlens' (6) Befunde mit dem Nachweis von Spirochäten im weiblichen Eichen. Behandelt man syphilitische Organe, in denen Spirochäten nachweisbar sind, zuerst mit Sublimat, so verlieren wohl die Spirochäten, nicht aber die Nervenfasern die Versilberungsfähigkeit. Er findet Silberspirochäten in nicht mazerierten syphilitischen Früchten und vermißt sie in mazerierten syphilisfreien. In dem der Plazenta näheren Anteil des Nabelstranges fehlen sie fast ganz, diesseits des Nabelringes liegen sie oft in großen Mengen. Bab findet sie endlich auch in der Nasenmukosa. Aber nur ihren positiven Nachweis sieht Fischer (8) als beweisend an: fehlen die Spirochäten im Fötus, so ist darum Lues der Eltern noch nicht auszuschließen.

Derselbe Autor erörtert auch die Komplementablenkungsmethode; praktische Bedeutung will er ihr nicht zuerkennen. Um so kühner ist H. Bab (7) in seinen Nutzanwendungen dieser neuen Beobachtungen. Er kann mit der Milch dreier syphilitischer Ammen Komplementablenkung erzielen und erwartet von ihr daher heilende Wirkungen auf die Syphilis des Kindes. Ist dieser Schluß schon voreilig, so gilt das noch viel mehr von seinen weiteren Vorschlägen: Ist ein Neugeborenes syphilitisch, so muß das Blut der Mutter untersucht werden: nur wenn es Antigen oder reichlich Antistoffe enthält, darf sie stillen. Im anderen Falle gewärtige man eine Ausnahme vom Collesschen Gesetz und nehme daher lieber eine syphilitische Amme! Ist umgekehrt die Mutter sicher syphilitisch, so muß das Kindsblut auf Antistoffe geprüft werden: sind sie nicht reichlich vorhanden, so nähre man das Kind lieber künstlich! Sonst könnte es von der Mutter infiziert werden (Ausnahmen vom Profetaschen Gesetze). Zu so weitgehenden praktischen Schlüssen berechtigen die ja sehr interessanten Ergebnisse solcher serologischer Untersuchungen denn doch nicht.

Ein verwandtes Thema behandelt Stern (9) in einer Arbeit über neue Infektionen Hereditärsyphilitischer. An einem Fall eigener Beobachtung, der indes nicht völlig sicher ist, knüpft er eine übersichtliche Besprechung der bisher bekannt gewordenen sicheren Erlebnisse dieser Art. Sie sind zwar überaus selten, stehen aber außer Zweifel.

Mehrere Arbeiten erörtern histologische Details der Erbsyphilis. Rach und Wiesner (10) haben die großen Gefäße an 27 Fällen nach Levaditti behandelt und durchgemustert. Sie fanden ein zelliges Infiltrat und Zellwucherung in der Adventitia und an benachbarten Schichten der Media und Obliteration der Vasa vasorum. Die Zellen glichen kleinen und großen Lymphozyten. Diese Gefäßerkrankung steht in keinen festen Beziehungen zu Veränderungen anderer Organe, sie stellt eine selbständige, relativ häufige Organerkrankung hereditär-luetischer Neugeborener dar und liefert vielleicht den Boden für eine spätere juvenile Arteriosklerose. Spirochäten fanden die Verf. in den Gefäßen nicht. Eine weit seltenere Manifestation der Erbsyphilis, eine

ulzeröse Dünndarmerkrankung beobachtete E. Fraenkel (11) bei einem 47 *cm* langen Knaben, der am 5. Lebenstage unter den Erscheinungen einer akuten Peritonitis starb. An der Leiche fand er die oberen Jejunumschlingen innig verklebt. Nach der Eröffnung zeigten sich tiefgreifende, glattrandige Geschwüre und beetartige Infiltrate, die das Niveau der Schleimhaut überragten. Die Krankheitsherde zeigten wohl nicht die charakteristischen Gefäßveränderungen, aber reichlich Spirochäten, ja, diese fanden sich auch in den scheinbar gesunden Rippen. Im Geschwürsgrunde fehlten sie. Ranke (12) wieder unterzog das Gehirn von 11 Fällen von hereditärer Syphilis einer histologischen Studie. Er fand neben kleinen Hämorrhagien regelmäßig typische Gefäßveränderungen: leukozytäre Infiltration und Wucherung adventitieller Zellelemente, teils diffus, teils herdförmig. In zwei Fällen gelang ihm der Nachweis von Spirochäten in den Gefäßen und im Gewebe.

Zur frühzeitigen Diagnose der hereditären Syphilis empfiehlt Thomsen (13) die Untersuchung der Nabelschnur. Später, wenn dieses Material nicht mehr zu Gebote steht, kann die radioskopische Methode einen ähnlichen Dienst leisten, wenn sonst auch jedes Symptom fehlt. Den Wert dieser Untersuchungsmethode würdigt neuerdings auch wieder Reinach (14), ohne den Befunden Kienböcks, Hochsingers, Neuraths etwas Neues hinzuzufügen; er meint, sie sei für die Therapie von hohem Werte, weil sie einen Fingerzeig für oder gegen ihre Fortsetzung geben könne.

Einen seltsamen Blutbefund erhoben H. Flesch und A. Schoßberger (15) an einem septischen hereditär-syphilitischen Kinde: das Bild ähnelte außerordentlich dem einer myeloiden Leukämie. Die Verf. sind besonnen genug, daraus keine weitgehenden Schlüsse zu ziehen.

Reiche (16) übt Kritik an der von Heubner und neuerdings von Hochsinger (17) betonten Wichtigkeit des Befundes von kleinen, harten Kubitaldrüsen für die Diagnose der Erbsyphilis. Er will sie oft auch bei nichtsyphilitischen Kindern gefunden haben. Wie viele Fälle von latenter Lues hereditaria mögen darunter gewesen sein? Reiche hat sich die Kritik denn doch zu leicht gemacht.

Interessante Mitteilungen macht Ravant (18) über das mikroskopische, besonders zytologische Verhalten der Zerebrospinalflüssigkeit bei hereditärer Lues. Ihr Zellgehalt wächst mit der Intensität der Haut- und Schleimhauterkrankung, während meningeale Erscheinungen nur eine geringe Veränderung dieser Art zur Folge haben. Auch die Art der vorherrschenden Leukozyten wechselt mit der Schwere der Haut- und Schleimhauterscheinungen. Spirochäten fand Ravant niemals; ebenso erfolglos waren seine Impfungen auf Makaken.

Fairbanks (19) analysiert 100 Fälle von Gehirnerkrankungen syphilitischer Kinder aus der Literatur und kann alle Veränderungen drei Formen unterordnen, die allerdings nicht nur allein, sondern auch in den mannigfachsten Kombinationen vorkommen: 1. Meningitis, meist der weichen Hirnhäute; 2. Arteriitis, meist als Endarteriitis; 3. Syphilome, meist von den Gehirnhäuten ausgehend. Wir haben gesehen, daß Ranke (12) noch andere Befunde schildert.

Heller (20) hat sich — und ihm folgte F. Kornfeld — mit großer Wärme für die Errichtung von besonderen Heimen für hereditär-syphilitische Kinder nach Welanders Muster eingesetzt. Er berührt sich da zum Teil mit Nagelschmidt (21), der eine Nachweisestelle syphilitischer Ammen fordert. Buschke (22) möchte solche Einrichtungen lieber den Krankenhäusern angegliedert sehen. Mögen solche Erörterungen auch noch nicht unmittelbar zur Tat führen — sie verraten eine erfreuliche Vertiefung der sozialen Einsicht und Überwindung alter Vorurteile.

Vereinsberichte.

Geburtshilflich-gynaekologische Gesellschaft in Wien. Sitzung am 17. Dezember 1907. Vorsitzender: Lott. Schriftführer: Cristofoletti.

I. Fabricius: Demonstration von Präparaten.

a) Myofibroma vaginae. *b)* Myom und Stieltorsion einer Parovarialzyste.

Das Präparat, das ich Ihnen vorstelle, stammt von einer 41jährigen, außerordentlich korpulenten Patientin, welche mich bereits vor 2 Jahren wegen Beschwerden im Unterleib konsultierte. Damals fand ich bei ihr ein mannsfaustgroßes Myom des Uterus, welches keine bedeutenden Blutungen verursachte und daher auch keine dringende Indikation zur Operation abgab. In diesem Frühjahre suchte mich Pat. wieder auf, weil die Beschwerden zugenommen hatten. Bei der Untersuchung fand ich, daß der Uterustumor gewachsen war, und daß jetzt auch seitlich links in der Scheide ungefähr 3 *cm* weit entfernt von der Portio ein harter, mit der vaginalen Schleimhaut verwachsener, vollkommen vom Uterus getrennter Tumor von der Größe eines Mandelkernes zu tasten war. Ich riet der Pat. die Operation an, weil ich ein Jahr früher einen scheinbar ähnlichen vaginalen Tumor gesehen hatte, der bösartig entartete. Pat. konnte sich nicht zur Operation entschließen und reiste ab, konsultierte auch in Deutschland Gynaekologen, welche der Pat. mit Rücksicht auf das Fettherz die Operation abrieten. Im Herbste kam Pat. wieder nach Wien, die Beschwerden hatten zugenommen, und so entschloß sie sich zur Operation. Der Tumor in der Vagina und der Uterustumor waren in den letzten Monaten entschieden gewachsen. Am 30. Oktober entfernte ich durch Laparotomie den weit über kindskopfgroßen Uterustumor. Ich machte die Totalexstirpation des Uterus, weil ich den vaginalen Tumor auch gleich von oben aus entfernen zu können hoffte. Da ich wegen der Stärke der Pat. hierbei auf Schwierigkeiten stieß, so vernähte ich die Vagina, nähte das Peritoneum darüber und entfernte dann mit Leichtigkeit den vaginalen Tumor von der Vagina aus. Der Heilungsverlauf war normal. Am Präparate sehen Sie einen faustgroßen, subserösen, nach rechts vom Uterus gelagerten Tumor, den Uterus mit Knoten durchsetzt, bedeutend vergrößert, auch habe ich die linken Adnexe entfernt. Der vaginale walnußgroße Tumor ist solid, am Querschnitt rötlichweiß, die mikroskopische Untersuchung ergibt ein reines Myofibrom der Vagina. Reine Myofibrome sind bekanntlich ziemlich selten. Das ist auch die Ursache, warum ich Ihnen das Präparat vorstelle, auch ist die Kombination, das gleichzeitige Auftreten eines Myofibromes im Uterus und in der Vagina, nicht häufig. Außer diesem Myofibrom der Vagina erinnere ich mich in meiner Praxis an weitere 3 Fälle. 2 Fälle sah ich noch im Maria Theresia-Frauenhospital: in dem einen handelte es sich um ein ungefähr hühnereigroßes, zystisches gestieltes Fibrom der Scheide, in einem anderen um ein apfelgroßes Myofibrom der Vagina. Der dritte Fall war ein Privatfall von Dr. Erlach, bei dem ich ihm im Sanatorium Löw assistierte. Es handelte sich damals um ein gefäßreiches, weiches Myom der Vagina, das nach der ersten Operation, die auch von uns vorgenommen wurde, rezidivierte. Als Pat. ein zweites Mal zur Operation kam, war dasselbe mannskopfgroß, sowohl nach der Vagina als auch nach links ins Lig. latum gewachsen. Es gelang nicht ohne Schwierigkeit die Entfernung des Tumors. Die Frau ist, wie mir im vorigen Jahre der Mann der Pat. mitteilte, seither gesund.

Das zweite Präparat stammt von einer 47jährigen Patientin, welche nie geboren hatte und das Anwachsen des Bauches seit 2 Jahren bemerkte. In letzter Zeit stellte sich kontinuierlicher Druck auf die Blase ein. Am 2. November 1907 traten so heftige Krämpfe im Bauche auf, daß Pat. weder liegen noch sitzen konnte und laut aufschreien mußte. Es ging kein Stuhl sowie auch keine Winde ab. Als ich die Pat. am Abend untersuchte, fand ich das Abdomen äußerst gespannt und empfindlich, die Vagina sehr eng, entsprechend dem Uterus einen harten, großen, nicht abgrenzbaren Tumor, der auch den Douglas ausfüllte, einen zweiten weichen Tumor tastete ich in der Magengegend. Die Diagnose lautete Myom des Uterus und wahrscheinlich Stieltorsion einer Zyste.

Pat. konnte sich erst am 4. November zur Operation entschließen. Ich nahm sie zu mir ins Diakonissenhaus auf und machte die Laparotomie. Es zeigte sich dabei, wie ich angenommen, ein fast mannsfaustgroßer, myomatöser Uterus, den ich supravaginal entfernte, die linken Adnexe jedoch waren nach aufwärts geschlagen. Man konnte links vom Uterus das Ovarium sehen und von diesem zog nach aufwärts gegen den Magen zu ein dunkelblauer Strang, der sich allmählich verbreiterte und in eine kleine, kindskopfgroße, dunkelblau verfärbte Zyste überging. Als ich den zystischen Tumor, der bis zum unteren Magenrand reichte und von Därmen überdeckt war, hervorgezogen und abgetragen hatte, zeigte sich, daß das linke Ovarium intakt neben dem Uterus lag, daß aber gleich daneben der blaue Strang ganz schmal wurde und gleich darauf wieder anschwoll. Bei genauer Untersuchung zeigte sich, daß der blaue Strang die linke, um 360° nach rechts gedrehte Tube war, die über eine Parovarialzyste zog, das abdominale Ende der Tube war offen. Die Därme und das parietale Peritoneum waren stark gerötet. Dessen ungeachtet vernähte ich das Peritoneum ohne Drainage. Am 5. November war wie auch in den nächstfolgenden Tagen die Temperatur morgens und abends normal, doch stellte sich Singultus und Erbrechen ein, der Puls stieg auf 120—130 in der Minute; am 6. November trat Erbrechen von kaffeesatzartigen Massen ein, trotz Digalen stieg der Puls auf 136—140° in der Minute, das Abdomen nahm an Umfang sehr zu, Winde konnten trotz Klysmen nicht abgehen. Da das Abdomen äußerst druckempfindlich und der Puls kleiner wurde und am 7. November die Morgentemperatur auf 37·3° stieg, so machte ich wieder die ganze Bauchnaht auf, zog die stark geblähten Därme vor, wickelte diese in Gaze ein und tamponierte die Bauchhöhle mit weißer Gaze. Die Därme sowie auch das Peritoneum waren stark gerötet, Exsudat war fast keines. Eine stark geblähte Darmschlinge, die ich vorgezogen hatte, punktierte ich mit einer Pravaznadel. Es entwich mit einem Male eine große Menge Gas, worauf sich Pat. wesentlich leichter fühlte, doch blieb der Darm noch einige Tage paretisch. Am nächsten Tage schon war der Puls wesentlich kräftiger und langsamer. Er blieb noch einige Tage auf 108 in der Minute. In den nächsten Tagen wurden die Streifen gelockert, die Därme allmählich reponiert und die Bauchwunde mit Heftpflaster zusammengezogen. Am 30. November wurde Pat. vollkommen geheilt entlassen. Ich machte diese Laparotomie, nachdem ich unmittelbar vorher eine andere, stielgedrehte, schon nekrotische Zyste mit hämorrhagischem Inhalte, der fäkulent roch, operiert hatte. Es war mir unangenehm, daß ich die zweite Laparotomie anschließen mußte und so hatte ich, als sich das Befinden der Pat. anfangs verschlimmerte, das Gefühl, als ob ich doch nicht steril genug vorgegangen sei, obwohl die Atonie des Darmes und starker Meteorismus bereits bestand und auch bei der Operation die Därme stark gerötet waren. Die Punktion des vorgezogenen Darmes kann ich in ähnlichen Fällen aufs beste empfehlen. Ich habe sie schon einige Male mit gutem Erfolge angewendet.

Diskussion:

Schauta: Der Fall, von dem Kollege Fabricius soeben erzählt hat, erinnert mich an einen ähnlichen Fall, den ich noch in Prag seinerzeit operiert hatte. Ich habe solche Fälle von Meteorismus infolge von Darmlähmung — und um eine solche handelt es sich ja meist — wiederholt gesehen. Wir kommen ja meist mit der Laparotomie leider zu spät, da sich der Darm nicht mehr erholt. Bei dem in Rede stehenden Falle, den ich in Prag erlebt hatte, wurde nichts weiter gefunden als Meteorismus infolge von Darmlähmung. Ich habe den Darm von vielen Stellen mittelst einer Pravazschen Spritze punktiert und war außerdem so vorsichtig, sämtliche Punktionsöffnungen mittelst feiner Seide zu vernähen. Die Frau ist genesen.

Ich glaube aber doch, daß es sich in solchen Fällen um Infektionen handelt, und ich möchte nur betonen, daß es mir von Wichtigkeit erscheint, daß man, wenn man zum Beispiel mehrere Laparotomien an einem Vormittage hintereinander macht, immer mit Gummihandschuhen operieren solle. Wenn auch der erste Fall aseptisch scheint und es doch nicht ist, und wenn man sich die Hände noch so sorgfältig desinfiziert, keimfrei bekommt man sie doch nicht. Wenn man aber mit Gummihandschuhen operiert, so ist in solchen Fällen eine Infektion ausgeschlossen. Auffallend ist es mir jedenfalls,

daß seit vielen Jahren solche Fälle von Darmlähmung fast nie oder nur sehr selten auftreten, während mir bei meiner früheren Tätigkeit, besonders in Prag und im Anfange meiner hiesigen Tätigkeit, ab und zu solche Fälle unterkamen, die Darmlähmungen waren und die man nicht mit Unrecht auf Infektion beziehen kann.

Fabricius: Ich verwende Gummihandschuhe nur für unreine Fälle, während ich reine Fälle ohne Handschuhe operiere.

c) Ein Fall von jauchiger Peritonitis.

Das dritte Präparat stammt von einer 21jährigen Patientin, bei welcher vor einem Jahre eine Diszission vorgenommen wurde. Vom Hausarzte der Pat. wurde 10 Tage vor ihrer Aufnahme ins Diakonissenkrankenhaus wegen starker Blutungen die Auskratzung gemacht. 7 Tage war Pat. fieberfrei, am 8. Tage trat Schüttelfrost auf, die Temperatur stieg über 40°, Puls 140, am 9. Tage soll Pat. fieberfrei gewesen sein, am 10. Tage war die Temperatur vormittags 37·3°, um 2 Uhr nachmittags trat plötzlich Kollaps ein, Pat. wurde blau, atmete sehr frequent, Puls war nicht fühlbar, das Abdomen äußerst druckempfindlich, nicht meteoristisch aufgetrieben. Aus dem Genitale kein Ausfluß zu konstatieren, jedoch rechts neben dem Uterus ein harter Tumor tastbar, der bis in den Douglas reicht. Die Temperatur im kollabierten Zustande der Pat. beträgt 35·9°. Es werden mehrere Kampferinjektionen gemacht, die Pat. ins Spital überführt. Als sie im Spitale ankam, war der Puls etwas besser, jedoch sehr frequent und die Temperatur war plötzlich auf 39·4° gestiegen. Ich stellte die Diagnose auf Perforationsperitonitis der rechten Pyosalpinx.

Pat. war so schwach, daß ich keine Narkose bei ihr wagte und unter Schleichscher Lokalanästhesie die Laparotomie machte und nur pro forma etwas Chloroform aufgießen ließ.

Die Operation bestand in der Eröffnung der Bauchhöhle und Entfernung der rechten Pyosalpinx, Austupfen des die ganze Bauchhöhle ausfüllenden, eitrig-blutigen Exsudates und Ausstopfen der unteren Partie der Bauchhöhle mit weißer Gaze. Das Abdomen wurde nicht vernäht, sondern ganz offen behandelt. Nach 8 Tagen wurde der letzte Gazestreifen entfernt und die Wunde mit Heftpflaster zusammengezogen. Am 21. Tage wurde Pat. geheilt entlassen.

Dieser Fall sowie auch der vorher beschriebene und ein erst kürzlich wieder erlebter, in dem es sich um Perforation des Zökums infolge starker Auftreibung durch Gase handelte, wobei schon eine schwere Peritonitis eingetreten und die Kotmassen in der freien Bauchhöhle in größerer Menge vorhanden waren, beweisen mir abermals, daß man durch rechtzeitige, ausgiebige Eröffnung der Bauchhöhle, Austupfen des Exsudates und Ausstopfen mit weißer Gaze bis heute noch die besten Erfolge erzielt. Wenn der Meteorismus groß ist, dann rate ich, den Darm vorzuziehen und ihn zu punktieren. Die Erleichterung für den Kranken ist eine große, das Brechen hört häufig auf und der Puls wird besser.

Vor 12 Jahren habe ich bereits die ausgiebige Eröffnung der Bauchhöhle und Offenlassen derselben als Methode in der Gesellschaft der Ärzte vorgeschlagen, die Punktion des Darmes übe ich erst seit einigen Jahren bei starkem Meteorismus infolge von Atonie des Darmes.

II. Wimmer: Verjauchtes und vereitertes Myom.

III. O. Pollak: Demonstration zweier Präparate.

IV. Bucura: Geburtsstörung durch Myom.

Bei der 37jährigen Erstgeschwängerten, die sich am normalen Schwangerschaftsende befand, erfolgte der Blasensprung kurz nach der Aufnahme in die Klinik: das Fruchtwasser war mißfärbig, die vorgenommene Untersuchung zeigte den Uterus maximal dextrotorquiert, so daß das linke Lig. rot. rechts vom Nabel zu tasten war; die kindlichen Herztöne sehr frequent, arhythmisch, dumpf. Der kindliche Schädel war auf das linke Darmbein abgewichen; der Zervikalkanal $1^1/_2$ *cm* lang, nur für einen Finger durchgängig; der Schädel in Vorderhauptshaltung; die rechte Beckenhälfte in der Höhe der Linea innominata eingenommen durch einen Tumor, der kleinkindskopfgroß war, und nach unten in die rechte Zervixwand einen Fortsatz aufwies; hierdurch war die Portio stark nach links gedrängt.

Die schlechten kindlichen Herztöne einerseits, andrerseits die damals nicht auszuschließende Möglichkeit, der Tumor könnte sich bei weiterer Entfaltung des unteren Uterinsegmentes noch zurückziehen, veranlaßten ein Zuwarten; es wurde einstweilen

zur Dilatation der Zervix ein Hystereurynther eingeführt. Nach ungefähr 12 Stunden hatten sich aber die kindlichen Herztöne erholt, ohne daß am Stande des Schädels, der noch immer über dem Beckeneingang links abgewichen war, sich etwas geändert hatte: die Zervix war für 3 Querfinger durchgängig geworden, von der Scheide aus war aber der Tumor kaum mehr zu erreichen, er hatte sich tatsächlich etwas retrahiert. Über dem Beckeneingang war er aber bimanuell genau zu tasten und befand sich in derselben Höhe rechts wie der kindliche Schädel links.

Von der Erwägung ausgehend, daß auf eine stärkere Retraktion des Tumors und auf eine Spontangeburt nicht mehr zu rechnen war, daß ein Abwarten bis zum Absterben der Frucht und die folgende Kraniotomie zu einer gefahrvollen Schädigung des Tumors und eine neuerliche Gravidität zu denselben Schwierigkeiten wieder führen würde, wurde um so eher zur Laparotomie geschritten, als nunmehr die besten Chancen bestanden, auch noch das Kind am Leben zu erhalten.

Die typische Sectio caesarea ergab einen 3300 *g* schweren, $52^1/_2$ *cm* langen, lebenden Knaben. Nach provisorischer Schließung des Uterus wurde derselbe total exstirpiert. Es sind jetzt neun Tage nach der Operation verflossen, der Wundverlauf völlig reaktionslos. Das Kind gedeiht an der Mutterbrust.

Das Präparat ist noch nicht durchfixiert, so daß ich den Uterus noch nicht eröffnen will: erst ein Frontalschnitt wird uns die Verhältnisse des Tumors zum unteren Uterusabschnitt klarlegen; immerhin sieht man noch am stark geschrumpften Präparat die Lage und Größe des Tumors, der dem kindlichen Schädel am Tiefertreten hinderlich war.

II. Wahlsitzung.

Aus französischen wissenschaftlichen Gesellschaften.

Bulletin de la société d'obstétrique de Paris 1907, 9 und 10. Contribution à l'étude du processus histologique et de la pathogénie de la mole hydatiforme, par Durante. Zwei Fälle von Traubenmole, aus deren mikroskopischem Befund Verf. folgende Schlüsse zieht: Die Bildung der Traubenmole ist bedingt durch eine akute wässerige Durchtränkung der Chorionzotten mit Hyperplasie des Synzytiums. Erstere ist abhängig von einem Verschluß oder vollständigen Fehlen der fötalen Kapillaren in den befallenen Zotten, bei Erhaltung der Bluträume und der Septen. Daraus resultiert Überernährung, Hyperplasie des Synzytiums und Blasenbildung durch Anhäufung von Stoffen in den Zotten, die normalerweise nach dem Fötus zu gelangen.

Grossesse développée dans une corne utérine atrophiée, par Brindeau. 2. Geb. Letzte Regel vor 10 Monaten. Seit 4 Monaten keine Kindsbewegungen, unregelmäßige Blutungen und Schmerzen. Supravaginale Amputation des Uterus. Im linken Ovar ein gelber Körper, das rechte schwangere Nebenhorn zeigt keine Kommunikation mit dem Uterus.

Dystocie par calcul de la vessie, par Brindeau et Pottet. 38jährige, 6. Geb. Querlage, das Kollum steht hoch nach links verschoben durch einen gut hühnereigroßen harten Tumor, der mit dem Kreuzbein in fester Verbindung zu stehen scheint. Während 48 Stunden heftige Leib- und Nierenschmerzen. Trotz guter Wehen eröffnet sich das Kollum nicht, sondern weicht immer mehr nach links und oben ab. Deshalb Sectio caesarea, bei der man erkennt, daß der Tumor in einer Ausbuchtung der Blase liegt. Durch Sectio alta werden später 2 Blasensteine von 20 und 100 *g* extrahiert. Heilung.

Pièce d'hémorrhagie rétroplacentaire par Brindeau. Sektionspräparat einer an einem nicht allzu großen retroplazentaren Hämatom verstorbenen Multipara, bei der nur wenig Blut durch die Vagina abgegangen war.

Deux observations de pubiotomie latérale, par Audebert et Gilles. 2 Fälle von Hebosteotomie, beide Mütter genasen, während die Kinder starben, das eine an einer Gehirnblutung sub partu (schwere Zange, das Becken soll nur einen Querfinger breit geklafft haben), das zweite nach einigen Tagen.

Opération césarienne et opération de Gigli, indications, par Fabre. Kaiserschnitt bei rachitisch plattem Becken von Vera 7, Hebosteotomie bei rachitisch quer verengtem Becken mit einem Querdurchmesser des Beckeneinganges von 10 *cm* und einer Diagonalis von 10 *cm*. Spontangeburt. Glatte Heilung und lebende Kinder in beiden Fällen.

Accouchement provoqué pour grossesse prolongée, par Puech. 6. Geb., die mehrmals übertragene, zuletzt ein übertragenes faultotes Kind geboren hat. Deshalb 10 Kalendermonate nach Eintritt der letzten Regel Einleitung der Geburt. Das lebende Kind wog 4560 *g*.

Péricardite purulente a pneumo-bacille chez un enfant nouveau-né à terme, par Chirié. Bei der Sektion eines am 8. Tage verstorbenen Neugeborenen findet sich eine Pericarditis purulenta und multiple periportale Rundzellenanhäufungen der Leber. Nabel und seine Gefäße mikroskopisch unverändert; bakteriologisch wird der Friedländersche Pneumokokkus in Reinkultur nachgewiesen. Verf. glaubt der Leberveränderungen wegen den Nabel als Eingangspforte für die Spaltpilze annehmen zu müssen.

Un cas de hernie inguinale étranglée et sphacelée chez un enfant de 10 jours, par Stein et Burnier. Rechtseitige eingeklemmte Hernia inguinalis bei einem 10 Tage alten Kinde mit Darmperforation; Heilung durch Operation.

Endoscopie de l'utérus après l'avortement et dans les suites des couches normales et pathologiques, par David. David hat ein Hysteroskop mit Innenbeleuchtung konstruiert, das er in folgenden Fällen zur Anwendung empfiehlt. Bei teilweiser Plazentarretention, wobei das Ergebnis genauer als bei der digitalen Ausräumung sein soll, ferner bei der Endometritis puerperalis und besonders bei Verletzungen des Uterus nach kriminellen Aborten.

Inversion utérine totale spontanée après l'accouchement, par Boissard. Spontan eingetretene komplette Uterusinversion mit geringer Blutung unmittelbar post partum. Manuelle Reposition, Uterustamponade, Heilung.

Infection ombilicale latente avec localisations septiques secondaires multiples, par Durante et Burnier. Vom Nabel ausgehende Streptokokkeninfektion, deren erstes Symptom eine am 20. Tage auftretende Parotitis war. Nach 5 Tagen Tod an Peritonitis.

Contribution à l'étude du foie dans l'infection ombilicale, par Durante. An der Hand von 2 einschlägigen Fällen schildert Durante zwei Formen von Leberveränderungen, wie sie nach Nabelinfektion des Neugeborenen auftreten. Im ersten Fall bei rasch tödlich verlaufener Infektion eine akute parenchymatöse Degeneration des Lebergewebes, während im zweiten Fall, der sehr langsam verlief und nur in den ersten Tagen leichte Fiebersteigerungen gemacht hatte, sich ein anderes Bild fand. Bei der Sektion des erst 5 Monate später zugrunde gegangenen Kindes fanden sich außer einer Verdickung des Peritoneum parietale in der Gegend der Nabelgefäße und einer Fettdegeneration der Leber keine anderen Krankheitssymptome. Verf. hält die Leberveränderungen für die Folge der in den ersten Lebenstagen angenommenen Nabelinfektion und als Ursache für den Exitus.

Insertion basse d'un placenta irrégulièrement conformé, par Maygrier. Es handelte sich um eine tief sitzende Plazenta, die ringförmig um den inneren Muttermund saß und wegen Blutung manuell gelöst werden mußte.

Cas de dystocie par syphilome du rectum, par Pottet. Pottet beschreibt einen Fall, bei dem mehrere Jahre vorher wegen syphilitischer Rektumstenose ein Anus praetern. in der Iliakalgegend angelegt werden mußte, der zur Zeit gut funktionierte. Die Frau stand am Ende der Schwangerschaft und Pottet machte den abdominalen Kaiserschnitt, da das kleine Becken durch einen zitronengroßen, mit dem Rektum unverschieblich verwachsenen Tumor zum großen Teil ausgefüllt war.

Anomalies du travail au cours d'une maladie de Friedreich, par Schreiber. Bei einer Kreißenden mit Friedreichscher Krankheit treten vom Beginn der Geburt an außerordentlich heftige Preßwehen auf, die auch noch Stunden nach Beendigung der Geburt anhalten und von einem leicht komatösen Zustand gefolgt sind. Verf. führt die übertriebenen Preßwehen auf spastische Vorgänge in der Bauchwand bei infolge der Friedreichschen Krankheit gesteigerten Bauchreflexen zurück.

Bulletin de la société d'obst. de Paris et de la réunion obst. de Lyon, 1908, Nr. 1 u. 2.

Syphilis congénitale, par Tissier et Girauld. Verff. haben die Spirochaeta pallida erst vom 6. Embryonalmonat ab gefunden. Der Hauptfundort scheint die Leber zu sein, die Mazeration beeinträchtigt die Färbung nicht. In der Plazenta gelingt der Nachweis nur selten.

Absence congénital de tibia, par Tissier. Inhalt durch die Überschrift gegeben. Bassin vicié par absence de la moitié inférieure du sacrum, par Gilles. Rachitischplattes Becken mit einer Vera von 8 *cm*, bei dem die Kreuzbeinflügel und der größte Teil des Kreuzbeins vom 3. Wirbel abwärts sowie das Steißbein fehlen. Röntgogramm. Ein 2130 *g* schweres Kind wurde durch hohe Zange scheintot entwickelt und nicht wieder belebt. Hernie étranglée de l'ovaire chez un nouveau-né, par Brindeau et Pottet. Eingeklemmte Hernia inguinalis bei einem 5monatigen Mädchen, in der bei der Operation kein Darm, sondern das linke Ovarium gefunden und abgetragen wurde. Eclampsie sans crises, par Chirié et Stern. 35jährige I. Geb. Während der Entbindung trat mehrmaliges Frösteln mit Temperaturanstieg auf. Zange, totes Kind. Wiederholtes Erbrechen, keine Bewußtseinsstörungen. Exitus mehrere Stunden p. p. Bei der Sektion finden sich die für Eklampsie typischen Organveränderungen, während die bakteriologische Untersuchung negativ ausfiel. Verff. nehmen einen ohne Krämpfe verlaufenen Fall von Eklampsie an. Un cas de mort d'un nouveau-né par hémorhagie surrénale, par Garipui et Schreiber. Bei der Sektion eines am 8. Tag gestorbenen Neugeborenen findet sich eine Zerreißung der rechten Nebenniere mit großem Bluterguß, der durch das Bauchfell in die Bauchhöhle perforiert war. Ein Trauma ist nicht vorausgegangen.

Rupture de la symphyse pubienne, par Voron et Gonnet. I-p. mit allgemein verengtem Becken, dessen Diagonalis 11·5 *cm* beträgt. Bei hochstehendem Kopf Anlegen der Achsenzugzange. Nach 20 Minutem langem Ziehen tritt der Kopf ins Becken ein und plötzlich zerreißt unter hörbarem Krachen die Symphyse. Perforation und Extraktion der 2900 *g* schweren Frucht. Die Symphyse klaffte auf 3 *cm*. Heilung.

Goître constrictif chez un nouveau-né, par Planchu. Kleiner parenchymatöser Kropf des Neugeborenen, der bei der äußeren Inspektion nicht entdeckt wurde und zur Trachealstenose mit anschließendem Exitus am 3. Tage geführt hat.

Kyste de l'ovaire et grossesse, par Fabre et Bourret. Entfernung einer mannskopfgroßen Ovarienzyste durch Laparotomie im 3. Graviditätsmonat mit Erhaltung der Schwangerschaft. Emphysème souscutané au cours de la période d'expulsion, par Fabre et Trillat. Bei einer Erstgebärenden bildet sich während der Austreibungszeit im Gesicht ein Hautemphysem aus, das stetig größer wird und nach 2 Tagen am Thorax Halt macht, um nach einigen Tagen wieder zu verschwinden.

Un cas de vomissements graves de la grossesse, par Fabre et Bourret. Heilung eines Falles von unstillbarem Erbrechen im 4. Schwangerschaftsmonat mit Hilfe der von Fochier empfohlenen „panarde", welche in den weitaus meisten Fällen in Verbindung mit der Krankenhausbehandlung zur Heilung des Erbrechens genügen soll. Sie wird durch 1- bis 2stündiges Kochen von 125 *g* Weißbrot in ein wenig Wasser und durch nachträglichen Zusatz von etwas Salz und Zucker hergestellt.

Le système nerveux ganglionnaire de l'utérus humain, par Keiffer. Beim menschlichen Fötus entwickeln sich in der Muskulatur von Uterus und Vagina im Verlauf der Nerven echte sympathische Ganglien, die im 2. Monat nach der Geburt eine feste Struktur besitzen und zahlreiche multipolare Zellen enthalten. Ausführliche Arbeit, die den bekannten und hier schon öfters referierten Arbeiten des Verf. über dasselbe Thema an die Seite zu stellen ist. Un cas d'anémie pernicieuse chez une femme enceinte, par Garipuiy et Claude. Fall von perniziöser Anämie bei einer Schwangeren, der auch durch die Unterbrechung der Schwangerschaft nicht in seinem tödlichen Verlauf aufgehalten werden konnte. Rupture du grand droit de l'abdomen chez une femme enceinte, par Macé. Bei einer Elftgebärenden traten im 6. Schwangerschaftsmonat spontan ohne vorausgegangenes Trauma plötzlich heftige Schmerzen in der linken Bauchseite auf; bei der Operation fand man einen kindskopfgroßen Tumor in den Bauchdecken, der sich als ein großes Hämatom infolge Zerreißung des Rectus abdominis entpuppte. Die Schwangerschaft blieb erhalten. Contribution à l'étude de l'origine des ruptures tubaires, par Delporte. Frische und beträchtliche Blutung in die freie Bauchhöhle, die, wie die Laparotomie zeigte, aus der geborstenen rechten Tube erfolgt war. Mikroskopisch fanden sich nur Rundzelleninfiltration, Gefäßerweiterung und -Neubildung und Blutungen in der Tubenwand, während irgendwelche Zeichen für Schwangerschaft auch in den ausgeräumten Blutklumpen nicht aufzufinden waren. Auch in einem zweiten, analogen Fall, in dem es zur Ausbildung einer Hämatokele gekommen war, fanden sich dieselben Tubenveränderungen ohne Schwangerschaftszeichen. Kystes der-

moides bilateraux des ovaires et grossesse, par Delporte. Präparat von doppeltseitigen Dermoidzysten der Ovarien und Schwangerschaft im ersten Monat. Makroskopisch ließ sich an den Tumoren nirgends funktionsfähiges Ovarialgewebe erkennen, während mikroskopisch der Nachweis von Follikeln in den verschiedensten Entwicklungsstadien gelang. Un cas de grossesse extramembraneuse, par Berteau et Burnier. Fall von extramembranöser Entwicklung der Frucht, der im 6. Monat durch Fehlgeburt endete. Pat., eine 28jährige I. Geb., hatte vom 2. Monat an kontinuierlich reichlich blutig-wässerige Flüssigkeit verloren. Maygrier zeigt eine Zwillingsplazenta mit einem gemeinsamen Chorion und Amnion. Trotzdem die Nabelschnur beider Früchte über einen Meter lang war, waren keine Störungen eingetreten. Hauch zeigt einen Fötus von zirka 2200 *g*, bei dem bei der Autopsie die vollständige Abwesenheit beider Nieren konstatiert wurde. An Stelle der Nieren lagen die vergrößerten Nebennieren, die Ureteren sowie die Nierengefäße fehlten völlig. Die Harnröhre war in ihrer Mitte durch eine Klappe fest verschlossen. Bei dem Blasensprung waren nur 30 cm^3 Fruchtwasser gefunden worden. In der Literatur fand Verf. nur 3 analoge Beobachtungen. Deux nouveaux cas de goître congénital, par Fabre et Bourret. Zwei Fälle von gleichzeitigem Vorkommen von Kropf bei Mutter und Neugeborenem. A propos du goitre congénital, par Commandeur. Commandeur hat bei 12 Fällen von angeborenem Kropf des Neugeborenen 6mal denselben auch bei der Mutter nachweisen können. Nur einmal wurde wegen Erstickungsgefahr die Operation beim Neugeborenen notwendig. Foetus pseudo-achondroplasique, par Planchu. Von einer 4. Gebärenden, die 3 normale Kinder geboren hat, und bei der vor einiger Zeit eine partielle Schilddrüsenexstirpation vorgenommen worden ist, wird am normalen Schwangerschaftsende eine Frucht geboren, die einige Stunden p. p. stirbt. Die Mutter leidet zur Zeit an Tachykardie und Exophthalmus. Bei der Sektion des Kindes findet man folgendes: Die Schädelknochen fühlen sich pergamentartig an und nur die Protuberanzen zeigen ausgebildete Verknöcherung. Fontanellen und Nähte sind nicht zu fühlen. Die vier Extremitäten sind beträchtlich verkürzt, an den Diaphysen zahlreiche intrauterin erworbene Frakturen. Der Rumpf ist wohlgebildet. Syphilis der Mutter konnte ausgeschlossen werden. Verf. bezeichnet die Knochenerkrankung als Pseudo-Achondroplasie. Deux cas de tetanie des suites des couches, par Commandeur et Essard. Trousseau hat von 41 Fällen von Tetanie dieselbe 40mal bei Stillenden gesehen. In dem ersten Fall des Verfassers traten die ersten Symptome 14 Tage p. p. zum erstenmal in Erscheinung und betrafen die oberen und unteren Extremitäten. Im zweiten Fall waren nur Kontraktionen an Unterarmen und Händen zu bemerken. In beiden Fällen stieg die Temperatur während der Anfälle auf über 40°, um nachher rasch wieder abzufallen. Die Anfälle wiederholten sich mehrmals, der Puls blieb im Gegensatz zur Temperatur stets niedrig. Beide Mütter nährten ihre Kinder und nach dem Absetzen hörten die Anfälle rasch auf.

Un cas d'imperforation apparente du vagin au cours de l'accouchement, par Gonnet. Ohne besonderes Interesse. Incontinence d'urine datant de 6 ans, injection de Paraffine, guérison, par Fabre et Trillat. Bei einer 2. Geb., die 6 Jahre lang infolge Erschlaffung des Sphincter vesicae an spontanem Abgang des Urins litt, wurde die Inkontinenz durch eine einmalige Paraffininjektion nach dem Vorgang von Gersuni dauernd beseitigt. Trois opérations Césariennes, par Fabre et Trillat. 3 Fälle von Kaiserschnitt bei Beckenverengerungen mäßigen Grades mit gutem Ausgang für Mutter und Kind. Deux faits d'occlusion avec solution de continuité de l'intestin, par Bonnaire. Eine Frühgeburt von 7 Monaten zeigt bei der Sektion eine ausgedehnte Stenose des Dünndarmes, die Verf. auf eine fötale Peritonitis zurückführt. Es fanden sich vom Mesenterium ausgehend Bänder, die über die Darmschlingen wegzogen und zur Stenose und Atrophie geführt hatten. Im 2. Fall wurde wegen Stenose des Rektums 4 *cm* oberhalb des Anus ein künstlicher After angelegt. Das Kind starb und bei der Sektion stellte sich ein kompletter Verschluß des Colon descendens und solide doppeltseitige Nierentumoren heraus. Luxation congénital du radius, par Brindeau. Bei einer 28jährigen Frau, deren linker Vorderarm um 4 *cm* kürzer als der rechte ist, zeigt das Röntgenbild eine Luxation des Radius im Ellbogengelenk, die seit der Geburt besteht. Die Ulna hat sich kompensatorisch gekrümmt.

Hémorrhagie cérébrale chez une éclamptique après un seul accès, par Maygrier. Inhalt durch die Überschrift gegeben. Opération césarienne post mortem, par Cathala.

Lebendes Kind durch Sectio caesarea unmittelbar nach dem infolge eines Kleinhirnsarkoms ganz plötzlich erfolgten Tode der Mutter. Un cas de fracture de plusieures côtes au cours de la grossesse, par Blanc. Bei einer 37jährigen, zum 4. Male schwangeren Frau, die an einer Bronchitis leidet, erfolgt im 8. Schwangerschaftsmonat im Anschluß an mehrere heftige Hustenstöße die Spontanfraktur von mehreren Rippen. Nach der am normalen Ende erfolgten Entbindung findet sich an mehreren Stellen noch immer Krepitation an den Bruchstellen. 4 Wochen p. p. sind die Rippen unter deutlicher Kallusbildung geheilt. Bemerkenswert ist der Fall dadurch, daß es sich um die Fraktur von 4 Rippen handelte, während in den meisten der beschriebenen und analogen Fälle nur eine einzige Rippe frakturiert war. Brunet, Magdeburg.

Aus belgischen wissenschaftlichen Gesellschaften.

Bulletin de la société belge de gyn. et d'obst., 1908, 3 u. 4.

Oblitération de la trompe après résection, par Ronsse. Verf. glaubt im Gegensatz zu Abel und Küstner, daß die einfache Tubendurchschneidung zur Sterilisation der Frau genügt. Zahlreiche Tierexperimente, die das entgegengesetzte Resultat wie die Fraenkelschen Untersuchungen ergaben, und drei durch sekundäre Operation gewonnene von Frauen stammende Präparate beweisen ihm seine Ansicht. Die Arbeit ist durch zahlreiche mikroskopische Zeichnungen illustriert. Tuberculose du col de l'uterus, par Delétrez. 21jährige 0-para, die seit 7 Jahren an Leukorrhöe litt; das Kollum ist schwammig verdickt und gleicht einem durch Karzinom veränderten. Die Probeexzision jedoch ergab Tuberkulose, und da die anderen Organe gesund befunden wurden, nahm Delétrez die vaginale Totalexstirpation vor. Heilung.

Volumineux kyste de l'ovaire chez une malade agée de 73 ans, par Delétrez. Multilokuläre Ovarienzyste mit kolloidem Inhalt, von 40 *kg* Gewicht. Exstirpation, Heilung.

Valeur séméiologique de l'examen du sang en gyn. et en obst., par Blumenthal. Blutuntersuchungen bei Schwangeren und gynäkologisch Kranken. Folgende Resultate scheinen mir erwähnenswert: Die physiologische Hyperleukozytose bei der Geburt ist bedingt durch die polynukleären Leukozyten mit neutrophiler Körnelung. Beim Erscheinen der Milchsekretion findet sich beträchtliche Vermehrung der eosinophilen Zellen und oft Leukopenie. Am Ende der ersten Woche p. p. ist der Leukozytengehalt wieder normal. Bei 10.000 Leukozyten im Kubikmillimeter, von denen mindestens 70% polynukleäre sein müssen, darf man auf die Anwesenheit von Eiter an den Geschlechtsorganen schließen, wenn die übrigen Organe ausgeschlossen werden können. Die Abwesenheit der Leukozytose bei vorhandenem Fieber erlaubt eine Eiterung auszuschließen. Wenn die Entzündung chronisch wird, ändern sich die Verhältnisse. Die Hämoglobinmenge kann bis zu 15% der Norm bei lang anhaltenden Blutungen herabgesetzt sein, ohne daß man an einer Wiederherstellung der Patientin zu verzweifeln braucht. Auch die Narkose wird noch vertragen. Bei geplatzter Extrauteringravidität findet sich keine Hyperleukozytose wie bei Pyosalpinx.

Un facies nouveau de néoformation histologique dans un organome de l'ovaire, par Daels. Verf. beschreibt ein Teratom oder nach Benda besser Organom genannt, das alle möglichen Gewebe und Organteile enthielt und infolge Wucherung des in ihm enthaltenen Nervengewebes besonders interessant war. Die vorgefundenen Gliamassen sollen sich sekundär in dem Tumor entwickelt haben, und zwar durch Wucherung der sogenannten Spongioblasten mit nachträglicher Differenzierung. Nach Benda, der denselben Vorgang bei einem Tumor der Rückenmarkshäute beschrieben hat, sind diese Tumoren als Ependymome zu bezeichnen. Trois cas de dilatation instrumentale du col utérin, par Weymeersch. Drei Fälle von schneller Dilatation des Kollum mit dem Frommerschen Instrument. Einmal Einleitung der Frühgeburt bei einer I.-p. wegen unstillbaren Erbrechens im 8. Monat, in 25 Minuten, totes Kind, keine Risse. Im 2. Fall handelte es sich um Eklampsie und im 3. um vorzeitigen Blasensprung, Querlage und vorliegende Nabelschnur bei engem Kollum. Erweiterung in 25 Minuten, lebendes Kind, wegen wiederholter Blutung Tamponade nach 6 Stunden.
Brunet, Magdeburg.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Geburtshilfe.

Ziegenspeck, Zum hohen Querstand der Gesichtslage und ihre Behandlung mittelst hoher Zange. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 24.
Nacke, Dammschutz. Ebenda.
Schreiber, Présentation d'un embryotome. Bull. de la Soc. d'Obstétr. de Paris, Nr. 5.
Schwab, Présentation d'un instrument pour tamponner l'utérus. Ebenda.
Pierra, Utérus bicorne, col unique, vagin double, grossesse et accouchement. Ebenda.
Lequeux, Un cas de grossesse angulaire. Ebenda.
Kayserlingk, Geburten im künstlichen Dämmerschlaf. St. Petersburger med. Wochenschr., Nr. 21.
v. Herff, Über die Bewertung gewisser Behandlungsmethoden der Bakteriämien des Kindbettes, insbesondere der Hysterektomie. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 24.
Lunckenbein, Der vaginale Kaiserschnitt in der Praxis. Münchener med. Wochenschr., Nr. 23.
Jereslaw, Indikationen zur künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft. Inaug.-Dissert., Freiburg, Mai 1908.
Reuter, Beiträge zur Behandlung der Eclampsia puerperalis. Inaug.-Dissert., Gießen, Mai 1908.
Drake, Zangenentbindungen 1888—1907. Inaug.-Dissert., Göttingen, Jänner 1908.
Megliss, Über die Berechtigung der prophylaktischen Wendung bei engem Becken. Ebenda.
Rosenbach, Beitrag zur Frage der Entstehung der Schwangerschaftsödeme. Ebenda.
Vezin, Sechs neue Fälle von Osteomalazie. Ebenda, April 1908.
Hellier, Some Recent Cases of Caesarean Section. The Lancet, Nr. 4423.
Vaccari, Idronefrosi bilaterale e gravidanza al settimo mese. La Clinica Ostetr., Nr. 11.
Couvelaire, Rigidité secondaire des bords de l'orifice utérin par inflammation aiguë du col au cours du travail. Annales de Gyn. et d'Obstétr., Juin.
Vineberg, Pyelitis in Pregnancy and the Puerperium. The Amer. Journ. of Obstetr., June.
Halpenny, Caesarean Section: Discussion of Indications for. Ebenda.
Nicholson, Extrauterine Pregnancy at Term. Ebenda.
Holden, The Diagnosis of Extrauterine Pregnancy. Ebenda.
Taylor, Ectopic Pregnancy with Tubal Abortion. Ebenda.
Czyżewicz, Extraperitonealer Kaiserschnitt. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 25.
Schmidt, Der kreißende Uterus als Bruchinhalt bei Bauchbruch nach konservativem Kaiserschnitt. Kaiserschnitt nach Porro. Ebenda.
Neu, Physiologie und pathologische Physiologie der postpartalen Blutstillung. Med. Klinik, Nr. 25.
Zarra, Taglio cesareo demolitore con processo proprio per occlusione cicatriziale della vagina. Arch. Ital. di Gin., Nr. 5.
Fiocca, Ulteriore contributo al reperto batteriologico nell' osteomalacia. Ebenda.
Ricci, La temperatura quale mezzo emostatico locale nelle emorragie puerperali. Ebenda.
Lorini, Contributo alla casistica dell' ematoma vulvo-vaginale. L'arte Ostetr., Nr. 11.
Cocq, A propos de quatre nouveaux cas de symphyséotomie. Bull. de la Soc. Belge de Gyn., T. XIX, No. 1.
Masay, Note sur l'ostéomalacie. Ebenda.
Dührssen, Über die vaginale Exstirpation der graviden Tube. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 25.

Gynaekologie.

Delbet, Éversion de l'utérus. Annal. de Gyn. et d'Obstétr., Juin.
Faure, Traitement du cancer des organes génitaux chez la femme. Ebenda.
Grandin, The Therapeutic Measures of Value in Convalescence from Abdominal and Pelvic Operations. The Amer. Journ. of Obstetr., June.
Ward, The Neglect of Plastic Surgery About the Pelvic Outlet. Ebenda.
Wells, Hysterectomy for Carcinoma Seven Years After Intestinal Resection for Carcinoma. Ebenda.
Johnson, Ovarian Tumor with a Twisted Pedicle. Ebenda.
Levis, Ovarian Cyst with Twisted Pedicle Complicating Early Pregnancy. Ebenda.
Pintaura, Contributo allo studio delle metrorragie infantili. Arch. Ital di Gin., Nr. 5.
Schockaert, Ileus post-opératoire. Bull. de la Soc. Belge de Gyn., Tome XIX, Nr. 1.
Henrotay, Fibrome pararénal. Ebenda.
Maas, Amenorrhöe. Inaug.-Dissert., Heidelberg, April 1908.
Ahreiner, Über die Blutungen bei der sogenannten chronischen Metritis. Inaug.-Dissert., Straßburg, Mai 1908.

Tuszkai, Die subaquale Untersuchung und Behandlung in der Gynaekologie und Geburtshilfe. Berliner klin. Wochenschr., Nr. 25.
Loeb, The Production of Deciduomata. The Journ. of the Amer. Med. Assoc., Nr. 23.

Aus Grenzgebieten.

Meißl, Über den Wert der intravenösen Adrenalin-Kochsalzinfusionen. Wiener klin. Wochenschrift, Nr. 23.
Winckel, Frauenleben und -leiden am Äquator und auf dem Polareise. Samml. klin. Vortr., Nr. 175.
Pietrabissa, Contributo clinico ed anatomo-patologico allo studio dei tumori pararenali. Annali di Ostetr. e Gin., Nr. 4.
Lambert, Melaena neonatorum. Med. Rec., Nr. 22.
Sinclair, Analgesia v. Anaesthesia in Obstetrics and Gynaecology. The Lancet, Nr. 4422.

Personalien und Notizen.

(Personalien.) Professor Dr. E. Opitz, Direktor der akademischen Frauenklinik in Düsseldorf, ist der Gynaekologischen Rundschau als Herausgeber beigetreten. — **Gestorben:** Ch. J. Cullingworth, Herausgeber des Journal of Obstetrics and Gynecology of the British Empire, seit 1888 Gynaekologe am St. Thomas Hospital in London. — **Verliehen:** Der Professortitel dem Privatdozenten Dr. Heinrich v. Bardeleben in Berlin und dem Privatdozenten und Oberarzt an der Bonner Klinik Dr. Karl Reifferscheid. — **Habilitiert:** Dr. Bertino in Florenz. — **Ernannt:** Dozent Dr. Pobiedinsky zum a. o. Professor in Moskau.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: **Dr. Oskar Frankl.**

(Cerolin.) Dr. Freudenberg in Dresden hat seit 1901 Hefe und Hefepräparate in seiner gynaekologischen Praxis angewandt. Im Verfolg der einzelnen Theorien über das wirksame Prinzip der Hefe führt Freudenberg die von Roos und Hinsberg aus der Hefe gewonnene Fettsubstanz als die therapeutisch wirksame Substanz der Hefe an. Mit dieser Fettsubstanz, welche von C. F. Boehringer & Söhne in Mannheim-Waldhof unter dem Namen „Cerolin" in den Handel gebracht wird, hat Freudenberg (angeregt durch die Erfolge von Toff mit dem Mittel bei der Behandlung von Akne, Follikulitis, Pyrosis, Endometritis catarrhalis und blennorrhoica, Dermatitis, von v. Zeissl bei der Behandlung von Dermatosen, von Meisels und Brauner bei der Behandlung von Furunkulose und Obstipation) in etwa 150 Fällen Versuche angestellt. Verfasser ist mit dem Präparat, das in Form von Stäbchen und Kugeln aus Kakaobutter mit 5% Cerolingehalt angewandt wurde, recht zufrieden und hat bei Frauenleiden verschiedenster Art, besonders bei krankhaften Prozessen der Schleimhaut, der Eileiter und Eierstöcke, Reizzuständen von Scheide und Uterus stets eine gleichmäßige Besserung beobachtet. Er wünscht, daß Cerolin besonders in der Behandlung von chronischer und akuter Gonorrhöe der Frauen noch mehr erprobt werde, wozu die exakte Dosierbarkeit des Mittels und seine Konstanz besonders anregen.

(Lactoserve.) Dr. Eduardo Giliberti empfiehlt in einer in der „Pediatria", Nr. 3, 1908 erschienenen Arbeit als Buttermilch-Ersatz die von der Firma C. F. Boehringer hergestellte „Lactoserve". Er berichtet über eine Anzahl von Fällen akuter und chronischer Magen- und Darmstörungen bei Kindern, bei denen er Lactoserve meistens nach vorausgegangener Teediät angewendet hat, und kommt auf Grund seiner günstigen Resultate zu der Ansicht, daß die Lactoserve nicht nur einen vollwertigen Ersatz für Buttermilch darstellt, sondern gegenüber derselben wesentliche Vorteile besitzt, die 1. in der immer gleichmäßigen Zusammensetzung und dem bestimmten Säuregrad und 2. in der Bequemlichkeit der Darstellung der Nahrung bestehen. Der Autor erwähnt, daß seine Resultate mit den von Gattaneo und Finizio erzielten identisch seien. Giliberti schreibt am Schlusse seiner Arbeit: „1. daß die Lactoserve geeignet ist, die frische Buttermilch in allen Fällen von Darmstörungen zu ersetzen, für deren Behandlung sich die Buttermilch als wirksam gezeigt hat; 2. daß die Hauptwirkung der Lactoserve besonders bei Enteritis membranacea in der schnellen Besserung der Stühle, in der Entfieberung und in der raschen Zunahme des Körpergewichtes besteht; 3. daß die Lactoserve bei chronischen Darmstörungen, auch wenn diese im direkten oder im indirekten Zusammenhang mit erblichen Krankheiten stehen, eine fördernde Wirkung auf die regelmäßige Zunahme der Kinder und großen Einfluß auf die Blutbildung zeigt."

Herausgeber, Eigentümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg.**

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6

GYNAEKOLOGISCHE RUNDSCHAU.

ZENTRALORGAN

FÜR

GEBURTSHILFE UND FRAUENKRANKHEITEN.

II. Jahrg. 1908. 18. Heft.

Original-Artikel.

Aus dem gewerkschaftlichen Krankenhause in Orlau.

Zur Frage der prophylaktischen Appendektomie und der systematischen Untersuchung der Gallenblase bei gynaekologischen Laparotomien.

Von Dr. **Josef Gobiet,** Chir. Ordinarius.

Ich will im folgenden über einige Beobachtungen berichten, welche mich dazu führten, bei Laparotomien wegen Erkrankungen der weiblichen Sexualorgane mit wenigen Ausnahmen den Wurmfortsatz zu entfernen, die Gallenblase prinzipiell abzutasten und bei pathologischem Befunde auch diese zu exstirpieren.

Der gynaekologische Operateur widmet heute dem Wurmfortsatz größere Aufmerksamkeit, als es noch vor kurzer Zeit der Fall war. Vor wenigen Jahren noch wurde die Appendix bei gynaekologischen Laparotomien ignoriert, in der fälschlichen Annahme, daß die Appendizitis bei Frauen eine seltene Erkrankung sei. Diese Annahme erscheint heute durch große Statistiken widerlegt. Rotter operierte im gleichen Zeitraume wegen Appendizitis 199 Männer und 172 Frauen. Behufs Entscheidung der Frage, ob die Appendizitis bei Frauen oder bei Männern häufiger ist, hat Karrenstein(1) ein großes Krankenmaterial einer Prüfung unterzogen, u. zw. das Material der Charité in Berlin seit dem Jahre 1874 und das der Hamburgischen Staatskrankenanstalten seit 1889. Er fand nun, daß in Berlin die Zahl der blinddarmkranken Frauen nur ganz wenig hinter der der Männer zurücksteht, daß in Hamburg die Zahl der Frauen sogar beträchtlich größer ist.

Eine weitere erhöhte Bedeutung gewann der Wurmfortsatz für die Frau durch die Publikationen über die Beziehungen desselben zu den Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane sowie über den deletären Verlauf der Appendizitis in Schwangerschaft und Wochenbett.

Vor allem sind es die entzündlichen Erkrankungen der Genitalorgane, welche häufig mit Appendizitis kombiniert sind. Die Überwanderung der Entzündungserreger vom Wurmfortsatz auf die Adnexe und umgekehrt wird nach einiger Ansicht vermittelt durch das Ligamentum Clado, eine Peritonealfalte, welche vom Ligamentum infundibulo pelvicum entspringt und in die rechte Darmbeingrube zum Wurmfortsatz hinzieht. Nach anderer Ansicht findet das Übergreifen der Entzündung seine einfache Erklärung durch die Lage des Wurmfortsatzes, welcher bei Frauen häufig tief hinunter ins kleine Becken hängt. Nach Robinson ist der Wurmfortsaz bei Frauen in 48% (2) ein Beckenorgan. Von nicht entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane sind am häufigsten Ovarial- und Parovarialzysten mit Appendizitis kompliziert.

deren Inhalt dann von der Appendix aus infiziert werden kann. Aber auch bei allen übrigen Erkrankungen, Myomen, Extrauteringraviditäten etc. fanden sich zum Teil schwere Entzündungen des Appendix.

Was die Häufigkeit des Zusammentreffens von Appendizitis mit Erkrankungen der weiblichen Geschlechtsorgane anbelangt, so variieren die Zahlen der einzelnen Operateure außerordentlich. Dührssen fand den Wurmfortsatz bei seinen Laparotomien in 3% der Fälle erkrankt, Hermes in 53%, Pankow in 60%. Diese Differenzen finden ihre Erklärung darin, daß einerseits ein Teil der Gynaekologen den vaginalen Operationsweg bei entzündlichen Adnexerkrankungen bevorzugt und so den Wurmfortsatz überhaupt nicht zu Gesicht bekommt, andrerseits werden verschiedene Indikationen zur Exstirpation des Wurmfortsatzes gestellt. Die einen entfernen denselben, wenn er nur die geringsten Veränderungen zeigt, die anderen erst bei schwererer Erkrankung. Ferner können selbst am exstirpierten und eröffneten Wurmfortsatze Meinungsverschiedenheiten über seine Erkrankung bestehen. So wird z. B. die sog. Appendicitis granulosa von manchen als Krankheitsprodukt angesprochen, von anderen nicht. Ebenso verhält es sich mit den Hämorrhagien in der Schleimhaut, welche von einigen als Folgen des Operationstraumas, von anderen, so neuerdings von Karewski, als pathologische Erscheinung betrachtet werden.

Eine Statistik, die ein richtiges Bild von der Häufigkeit des Zusammentreffens von Appendizitis mit Frauenleiden geben soll, muß zwei Bedingungen erfüllen. Erstens muß bei einer größeren Serie von Fällen der Wurmfortsatz systematisch entfernt werden, zweitens müssen alle diese Wurmfortsätze histologisch untersucht werden. Diese Bedingungen erfüllt Pankow (3), welcher 150 anläßlich verschiedenster gynaekologischer Laparotomien wahllos exstirpierte Wurmfortsätze zusammen mit Aschoff, einem auf dem Gebiete der Appendizitis sehr bewanderten Pathologen, untersuchte. Nach Aschoff beginnt die Appendizitis stets in den Schleimhautkrypten. Von hier aus entwickelt sich entweder eine Phlegmone der Muskulatur analog dem Tonsillarabszeß, oder eine pseudomembranöse Schleimhautentzündung, der Diphtherie vergleichbar. Häufig gehen natürlich Wand- und Schleimhautprozesse Hand in Hand. Als Residuen dieser Vorgänge findet man partielle oder totale Obliteration des Wurmfortsatzes — eine physiologische Obliteration desselben gibt es nach Aschoff nicht —, Verdickungen der Serosa, Narben der Muskulatur an der alten Perforationsstelle, besonders charakteristisch aber ist eine Segmentierung der Muskulatur, hervorgerufen durch Bindegewebswucherung in der Muscularis externa und interna, Veränderungen, wie sie bei normalen Wurmfortsätzen jugendlicher Individuen niemals anzutreffen sind. Diese für abgelaufene Appendizitis besonders charakteristischen Veränderungen der Muskelschichte finden sich bei mikroskopischer Untersuchung auch an Wurmfortsätzen, welche makroskopisch völlig normal erscheinen können. Es scheint daher die Forderung gerechtfertigt, nur denjenigen Wurmfortsatz für gesund zu erklären, der auch histologisch genau untersucht wurde. Auf Grund seiner histologischen Untersuchungen kommt Pankow zu dem Resultate, daß ungefähr 60% aller Frauen, die wir zur Operation bekommen, eine Blinddarmentzündung durchgemacht haben. Diese Blinddarmentzündung, welche selbst in ihren schwersten Formen von der Patientin unbeachtet vorübergehen kann, spielt viel häufiger, als bisher angenommen wurde, eine wichtige Rolle in der Ätiologie so mancher Beckenperitonitis, für die eine vom Uterus ausgehende Infektion septischer, gonorrhoischer oder tuberkulöser Natur ausgeschlossen werden kann. Die Residuen einer Appendizitis haben nach Pankow eine große Bedeutung für manche Fälle von Sterilität, indem pelveoperitonitische Adhäsionen einen

Verschluß der abdominellen Tubenöffnung verursachen. Diese Fälle von Sterilität geben eine operativ gute Prognose, indem es gelingen kann, durch Lösung der Adhäsionen ein völlig gesundes durchgängiges Tubenrohr freizulegen und die Sterilität dadurch zu heilen. Durch die Untersuchungen Pankows findet wahrscheinlich noch ein anderes gynaekologisches Krankheitsbild seine richtige Erklärung. Es sind dies Schmerzen in der rechten Bauchseite bei völlig negativem Befunde an den Adnexen, wo man sich früher mit der Diagnose chronische Oophoritis oder Ovarialneuralgie half. Ein Teil dieser rechtseitigen Beschwerden dürfte ebenfalls auf eine abgelaufene, mit vielleicht häufigen leichten Rezidiven verbundene Appendizitis zurückzuführen und durch Exstirpation der Appendix heilbar sein, während ein anderer Teil in das Gebiet der Hysteroneurasthenie gehört, oder auch als Neuralgie des Ileohypogastrikus nach akuten Infektionskrankheiten, besonders nach Influenza, aufzufassen ist.

Über die Beziehungen der Appendizitis zu den physiologischen Vorgängen der weiblichen Genitalorgane, Gravidität, Wochenbett und Menstruation, sind in den letzten Jahren zahlreiche Arbeiten erschienen. Mundé war der erste, welcher auf die hohe Gefahr der Appendizitis bei Schwangeren hinwies. Die erste größere Zusammenstellung stammt von Bojo(4), welcher über 31 Fälle berichtet, von welchen 14, d. i. 45% starben. In 18 dieser Fälle trat Abortus ein. Fellner(5) stellte 114 Fälle zusammen, mit 76% Mortalität in der Schwangerschaft, 33% im Wochenbett. Füth(6), welcher über 42 Fälle mit 52% Mortalität berichtet, sieht den hauptsächlichsten Grund für die Schwere des Verlaufes in einer Verlagerung des Zökums durch den wachsenden Uterus nach oben. Damit stimmt die Beobachtung überein, daß die Mortalität vom 4. Monate an, wo der Uterus Einfluß auf die Lage des Zökums gewinnt, ganz bedeutend steigt. Von 10 Fällen in den ersten 3 Monaten starben 3, von 32 Fällen in den späteren Monaten 19. Zu der Verlagerung des Zökums kommt noch der Umstand hinzu, daß der Uterus vom 3. Monate an das kleine Becken völlig ausfüllt, so daß sich der perityphlitische Eiter nicht in den Douglasschen Raum senken kann, sondern in einer viel gefährlicheren Höhe liegen bleibt. Hervorzuheben ist noch die Erschwerung der Untersuchung infolge Raumbeengung durch den schwangeren Uterus, sowie diagnostische Schwierigkeiten gegenüber anderen, der Schwangerschaft und dem Wochenbett eigentümlichen Erkrankungen, so z. B. der Pyelonephritis gravidarum und der Parametritis. Auch zur Menstruation können appendizitische Attacken in inniger Beziehung stehen. E. Fraenkel(7) wies zuerst darauf hin, daß sich häufig hinter dysmenorrhoischen Beschwerden, welche sich als fieberhafte Schmerzanfälle im rechten Hypogastrium äußern, eine Appendizitis verbirgt. Kürzlich publizierte Glücksmann(8) zwei einschlägige Fälle, von denen einer trotz Operation letal endete.

Aus den obigen Ausführungen ist zu ersehen, daß der Wurmfortsatz bei der Frau vollste Beachtung verdient und es dürfte heute kaum noch einen gewissenhaften Operateur geben, der nicht den Rat Sängers, den dieser im Jahre 1899 gegeben, befolgt, bei jeder gynaekologischen Laparotomie den Wurmfortsatz zu revidieren und bei dem geringsten Verdachte auf Erkrankung zu entfernen. Hingegen sind bezüglich der jedesmaligen Exstirpation auch des anscheinend gesunden Wurmfortsatzes die Ansichten noch geteilt.

Peterson(9) (1904) stellte als erster die Forderung auf, bei jeder gynaekologischen Laparotomie den Wurmfortsatz zu entfernen. Er selbst führte dies in 200 Fällen aus und fand nach eingehender makroskopischer und mikroskopischer Untersuchung den Wurmfortsatz in 50% der Fälle erkrankt.

Pujos(10) spricht sich in seiner Dissertation dafür aus, daß bei jeder Laparotomie der Wurmfortsatz als ein gänzlich überflüssiges und die Patientin eventuell später gefährdendes Organ entfernt werden soll.

Neuerdings tritt Pankow auf Grund seiner Untersuchungen, welche mit denen Petersons völlig übereinstimmen, energisch für die prinzipielle Appendektomie bei allen gynaekologischen Laparotomien ein.

Gegner der jedesmaligen Appendixexstirpation sind Barret(11) und Kelly(12). Kelly hielt eine Umfrage bei 70 hervorragenden amerikanischen Chirurgen. Von diesen sprachen sich 44 gegen, nur 26 für die jedesmalige Entfernung aus. Auch Leopold(13) hält die erweiterte Indikationsstellung zur Appendixexstirpation für zu weitgehend.

Andere nehmen einen vermittelnden Standpunkt ein. So schlägt Herrgott(14) vor, wenigstens bei jenen Frauen die Appendix zu entfernen, die noch schwanger werden können, wegen der Gefahr des Zusammentreffens von Appendizitis mit Schwangerschaft. Döderlein und Kroenig(15) exstirpieren den Wurmfortsatz nicht grundsätzlich, jedoch gerne dann, wenn entzündliche Adnexe oder in Verwachsungen eingebettete Ovarialtumoren entfernt werden mußten, da hier manchmal Stumpfexsudate entstehen, die zu einer sekundären Entzündung der Appendix führen können.

Ich machte in letzter Zeit zwei Beobachtungen, die mich ebenfalls auf den Standpunkt der jedesmaligen Appendixexstirpation bei gynaekologischen Laparotomien brachten.

Fall I: Eine 33jährige Frau stand vor 2 Jahren wegen akuter Gonorrhöe in Behandlung. Wiederholte peritonitische Attacken, Blutungen. Die vaginale Untersuchung ergibt einen großen, druckempfindlichen Uterus in starrer Retroflexion. Das kleine Becken von Exsudatmassen ausgefüllt.

Laparotomie: Nach Lösung zahlreicher Netz- und Darmadhäsionen finden sich mehrere, das kleine Becken ausfüllende, abgesackte Ergüsse dünnen Eiters. Adnexe beider Seiten vereitert. Totalexstirpation der Genitalien. Inspektion des Wurmfortsatzes, welcher keinerlei krankhafte Veränderungen aufweist. Drainage durch die Vagina. Völlige Bauchnaht. Sämtliche Ligaturen werden in die Vagina geleitet.

Völlig fieberfreier Verlauf. Primaheilung der Bauchwunde. Entfernung der Tamponade nach 8 Tagen, der Ligaturen nach 14 Tagen. Nach 3 Wochen entlassen.

2½ Monate nach der Entlassung kommt Patientin abermals zur Aufnahme. Vor drei Wochen entwickelte sich unter mäßiger Fieberbewegung und Schmerzen ein großer Tumor in der rechten Bauchseite. Patientin hochgradig abgemagert. Fieber bis 38·5°. Über der rechten Darmbeinschaufel ein steinharter unbeweglicher Tumor von knolliger Oberfläche, mäßig druckempfindlich. Die Untersuchung per vaginam ergibt eine völlig freie Vaginalnarbe. Der Tumor reicht nicht ins kleine Becken hinab. Diagnose: Schwielige Appendizitis.

Da nach dreiwöchentlicher konservativer Behandlung der Zustand unverändert bleibt, wird die Bauchhöhle abermals eröffnet, mit rechtseitigem pararektalen Schnitte. Es zeigt sich, daß die Geschwulst aus dem kolossal verdickten Ileozökum mit Wurmfortsatz, dem Netze und derb geschwellten, bis walnußgroßen Mesenterialdrüsen besteht. Nirgends findet sich flüssiges Exsudat. Das Zökum, ein Teil des Colon ascendens sowie das angrenzende Ileum in ein starres Rohr verwandelt, die Darmwand erreicht eine Dicke bis 1 *cm*. Die Adhäsionen sind derart fest, daß sie nur mit dem Messer zu trennen sind. Nach Lösung mehrerer Schichten von Adhäsionen gelingt es, den Wurmfortsatz zur Ansicht zu bringen, der sich in der Dicke zweier Daumen von der Zökalwand undeutlich abhebt, mit der er untrennbar verschmolzen ist. Es wird eine Inzision in die Appendixwand ausgeführt bis auf die Schleimhaut, wobei eine ungefähr 1 *cm* dicke, unter dem Messer knirschende Gewebsschichte zu durchtrennen ist. Exstirpation des Schleimhautzylinders, Ligatur desselben an der Basis.

Der Serosamuskularismantel wird wieder vernäht. Die Untersuchung des kleinen Beckens ergibt, daß dasselbe frei von allen Entzündungserscheinungen ist, die alte Operationsnarbe steht zu dem Tumor in keinerlei Beziehung. Drainage mit schmalen Streifen. Bauchnaht bis auf kleine Lücke.

Am 2. Tage Abfall der Temperatur zur Norm. Primaheilung. Rasche Erholung der Patientin. Nach 3 Wochen ist von dem großen Ileozökaltumor nichts mehr nachzuweisen. Eine Untersuchung nach einem Jahr ergibt völliges Wohlbefinden.

Fall II: 20jährige Virgo erkrankte vor 3 Wochen unter den Erscheinungen einer Peritonitis. Temperatur 39·2°, Puls 110. Großer Dekubitus am Kreuzbein. Das kleine Becken ist von mehreren prallgespannten Tumoren ausgefüllt, die um 3 Querfinger die Symphyse überragen. Im hinteren Scheidengewölbe knollige Resistenzen zu tasten.

Laparotomie: Uterus, Blase, Sigmaschlinge und die beiderseitigen Adnexe zu einem schwer entwirrbaren Tumor verbacken. Bei Lösung dieser Gebilde werden mehrere dicken Eiter enthaltende Abszesse eröffnet. Die Adnexe beider Seiten sind in faustgroße Eitersäcke verwandelt, welche an der hinteren Uteruswand sowie in der Tiefe des Douglas fixiert sind. Exstirpation der Adnexe. Der Wurmfortsatz von normaler Form und Größe liegt völlig frei auf der Darmbeinschaufel. Exstirpation desselben aus prophylaktischen Gründen. Drainage durch das hintere Scheidengewölbe. Völlige Bauchnaht.

Langsame Entfieberung. Heilung des Dekubitus in 2 Monaten. Heilung der Bauchwunde bis auf eine kleine Fistel, welche sich erst nach 6 Monaten nach wiederholten Auskratzungen schließt. Nach einem Jahre ist Patientin völlig geheilt und frei von Beschwerden.

Die exstirpierten Tuben zeigen eine bedeutende Wandverdickung. In der Tubenwand finden sich mehrere bis kirschkerngroße, verkäste Tuberkelknoten. Der Tubeninhalt ist käsiger Eiter. Das uterine Ende der Tuben ist von annähernd normaler Dicke und ist frei von Tuberkulose.

Einen überraschenden Befund bietet der Wurmfortsatz. Derselbe, äußerlich von normalem Aussehen, zeigt nach seiner Eröffnung auf der leicht geröteten Schleimhaut eine Aussaat kleiner mohnkorngroßer Tuberkelknötchen, und zwar in seiner distalen Partie. Das an das Zökum angrenzende Drittel des Wurmfortsatzes ist frei von Tuberkulose. Die histologische Untersuchung ergibt typische Riesenzellentuberkel der Schleimhaut.

Im erstbeschriebenen Falle hätte die prophylaktische Appendektomie, ein minimaler und die Operation nur um wenige Minuten verlängernder Eingriff, der Frau ein schweres Krankenlager und eine zweite, technisch schwierige Operation erspart. Die bei der ersten Laparotomie vorgenommene Revision des Wurmfortsatzes ergab einen bei äußerer Besichtigung durchaus normalen Befund. Das Operationstrauma oder eine bei der Operation gesetzte Infektion kann nicht zur Erklärung der nachfolgenden Appendizitis herangezogen werden. Einerseits wurde der Wurmfortsatz bei der Besichtigung schonend behandelt, andrerseits verlief die Heilung völlig reaktionslos.

Ähnliche Fälle, wo nach einer gynaekologischen Laparotomie der Leib zum zweiten Male eröffnet werden mußte behufs Exstirpation der Appendix, sind mehrfach beschrieben. Santucci(16) exstirpierte einem jungem Mädchen das linke, zystisch entartete Ovarium. Nach einiger Zeit mußte er eine zweite Laparotomie vornehmen behufs Exstirpation der entzündeten Appendix. Calmann(17) ließ die Appendix bei Oophorektomie wegen kleinzystischer Degeneration zurück und mußte kurz darauf die Patientin wegen Appendizitis neuerdings laparotomieren. Lea(18) berichtet über 4 Fälle, in denen er nach Operationen an den Beckenorganen nach einiger Zeit wegen Fortdauer der Beschwerden sich zu einer Relaparotomie genötigt sah und nunmehr durch Entfernung des Wurmfortsatzes völlige andauernde Heilung erzielte. Rouville(19) führte bei einer Frau drei Laparotomien zur Beseitigung der Unterleibsbeschwerden aus. Bei der ersten wurden die Adnexe der rechten Seite entfernt,

bei der zweiten trennte er die Adhäsionen, die sich inzwischen gebildet hatten, aber erst bei der dritten Laparotomie wurde die Patientin durch die Entfernung des Wurmfortsatzes dauernd geheilt. Es ist einleuchtend, wie leicht man durch die prinzipielle Appendektomie einer derartig unerfreulichen Häufung von Laparotomien bei einer und derselben Patientin begegnen kann. Lejars verlor eine Patientin an perforativer Appendizitis, nachdem sie 6 Monate vorher wegen Fibroma uteri operiert worden war.

Der beschriebene Fall bildet auch einen wichtigen Beitrag zur operativen Therapie jener seltenen und schweren Form von Appendizitis, deren Charakteristikum die Bildung enormer Schwielen in der Ileozökalgegend ist (Appendicitis plastica). Es handelt sich in diesen Fällen um eine lokale obliterierende Peritonitis, deren Resultat nahezu untrennbare Verwachsungen der Därme sind. Die Operation gestaltet sich in diesen Fällen derartig schwierig, daß vielfach der Rat gegeben wird, die Operation ganz zu unterlassen, oder wenigstens für lange Zeit zu verschieben, da sich die Adhäsionen mit der Zeit lockern können. In vielen Fällen, speziell bei der arbeitenden Klasse, wo eine mehrmonatliche konservative Behandlung ausgeschlossen ist, wird man sich doch zur Operation entschließen müssen. In solchen Fällen wurden zumeist große operative Eingriffe ausgeführt und Resektionen des ganzen Ileozökums, oder totale Ausschaltung des ganzen unentwirrbaren Darmkonvolutes [Haberer(20), Israel(21)] empfohlen. Die Operationsresultate sind entsprechend der Größe des Eingriffes recht schlechte. Mein Fall zeigt, daß man durch einen relativ kleinen Eingriff, durch die Exstirpation der erkrankten Schleimhaut als Infektionsquelle, rasche Heilung und völlige Rückbildung des Ileozökaltumors erzielen kann. Allerdings wird es meist erst nach längerem mühevollen Suchen und nach Lösung mehrerer Adhäsionsschichten gelingen, den Wurmfortsatz zur Ansicht zu bringen, der sich als flache Prominenz mehr oder weniger deutlich von der Zökalwand abhebt. Eine Exstirpation des ganzen Wurmfortsatzes dürfte kaum je ohne Verletzung des Zökums gelingen, da derselbe mit der Zökalwand in eins verschmolzen ist. Es genügt aber, in die Prominenz eine Inzision zu machen, bis man auf die Schleimhaut kommt, den Schleimhautzylinder wie einen Wurm herauszuziehen, an seiner Basis abzubinden und darüber die Inzision in der Wurmfortsatzwand wieder zu vernähen. Dieses Verfahren brachte in meinem Falle völlige Heilung, so daß nach 3 Wochen von dem großen Ileozökaltumor nichts mehr nachzuweisen war. Sollte es trotz längeren Suchens nicht gelingen, den Wurmfortsatz zur Ansicht zu bringen, dann treten die eingreifenderen Verfahren in ihre Rechte.

Der zweitbeschriebene Fall liefert einen Beweis für den Wert der prophylaktischen Appendektomie. Der Wurmfortsatz zeigte bei äußerer Besichtigung keinerlei Veränderungen. Er lag völlig frei auf der Darmbeinschaufel, hatte keinerlei Beziehung zu dem Adnextumor. Die Appendixserosa war mäßig injiziert, jedoch nicht in stärkerem Grade als die übrige Darmserosa als Folge der allgemeinen peritonealen Reizung. Nach Eröffnung der exstirpierten Appendix fand sich eine Aussaat von Tuberkelknötchen auf der Schleimhaut, und zwar im distalen Abschnitte, während die an das Zökum angrenzende Partie tuberkelfrei war. Es handelte sich offenbar um eine ganz frische und auf die Appendix beschränkte Infektion mit Tuberkulose vom Adnextumor aus, wahrscheinlich auf dem Lymphwege entstanden durch Vermittlung des Ligamentum appendiculoovaricum. Durch Unterlassung der prophylaktischen Appendektomie wäre ein tuberkulöser Herd zurückgeblieben, welcher wohl die völlige Heilung der Patientin gestört hätte.

Nach meiner Erfahrung verdient der Wurmfortsatz bei Tuberkulose der weiblichen Genitalien besondere Beachtung. Ich hatte in den letzten 2 Jahren Gelegenheit.

6 Fälle von weiblicher Genitaltuberkulose zu operieren. Es handelte sich um schwer verwachsene tuberkulöse Pyosalpingen, welche zweimalmal allein, viermal samt dem Uterus exstirpiert wurden. In 3 dieser Fälle war der Wurmfortsatz mit dem Adnextumor innig verwachsen und wurde mit demselben exstirpiert. Zweimal fand ich nun schwere tuberkulöse Erkrankung des Wurmfortsatzes, im dritten Falle bot der Wurmfortsatz einfach entzündliche Veränderungen dar. Im vierten Falle, der oben genauer beschrieben ist, war der Wurmfortsatz zwar nicht mit dem Adnextumor verwachsen, es fand sich jedoch beginnende Tuberkulose der Schleimhaut, wahrscheinlich entstanden durch Infektion auf dem Lymphwege. Es ergibt sich also, daß in 6 Fällen von Tuberkulose der weiblichen Genitalorgane dreimal sichere Tuberkulose des Appendix zu konstatieren war.

Beobachtungen, wo sich in dem äußerlich nicht sonderlich veränderten Appendix schwere pathologische Zustände vorfanden, sind in der Literatur mehrfach niedergelegt. Norris (22) laparotomierte eine Frau behufs Entfernung einer rechtseitigen Pyosalpinx. Hierbei wurde der an der Spitze leicht adhärente Wurmfortsatz entfernt. Die mikroskopische Untersuchung desselben ergab Karzinom. Ebenso fand Landau (23) bei einer wegen Myom und Adnexerkrankung vorgenommenen Laparotomie eine knopfförmige Verdickung der Appendixspitze, welche sich als Karzinom erwies. Mit der systematischen Revision des Wurmfortsatzes bei gynaekologischen Laparotomien mehren sich auch die Beobachtungen von Appendixkarzinomen. Solche wurden gefunden von Hurdon (24), welcher wegen Retroflexio uteri fixata, von Jessup (25), der wegen Ovarialtumor, und von Elting (26), welcher wegen Pelveoperitonitis operierte. Vor kurzem veröffentlichte Landau (27) einen zweiten Fall von Appendixkarzinom, das er gelegentlich einer Pyosalpinxoperation entfernte.

Ich selbst fand vor kurzem bei einer Frau, bei welcher am Ende der Schwangerschaft wegen Zervixkarzinom und beiderseitigen kindskopfgroßen Ovarialkarzinomen die abdominale Radikaloperation ausgeführt wurde, eine erbsengroße Verdickung der Appendixspitze, welche sich mikroskopisch ebenfalls als Karzinom erwies. Bei den bisher bekannten 70 Fällen von Appendixkarzinom, welches übrigens eine gute Heilungs- und Operationsprognose gibt, war vorwiegend das weibliche Geschlecht befallen, nach Norris in 75% der Fälle. Diese Zahl ist weiterhin ein Wink, auf den Wurmfortsatz der Frau bei Operationen besonders zu achten.

Häufig findet man in äußerlich scheinbar gesunden Wurmfortsätzen nach Eröffnung derselben entzündliche Veränderungen. Ich exstirpierte ungefähr 50mal den Wurmfortsatz aus prophylaktischen Gründen bei diversen gynaekologischen Laparotomien. In nahezu der Hälfte der Fälle fanden sich bereits makroskopisch an der Schleimhaut Zeichen der Entzündung oder Residuen einer solchen. (Partielle Rötung und Schwellung der Schleimhaut, Hämorrhagien, partielle Obliteration und Stenose, Narben.) Diese Beobachtung stimmt überein mit den Angaben von Pankow und Peterson, welche nach Untersuchungen an einem großen Materiale zu dem Resultate kamen, daß ungefähr 60% der Frauen, die wir zur Operation bekommen, entzündliche Appendixveränderungen aufweisen.

Eine größere Beachtung, als dies heute geschieht, sollte der gynaekologische Operateur der Gallenblase schenken. Bekannt ist die Häufigkeit der Cholelithiasis bei Frauen; nach Kehr leiden 10% aller im gebärfähigen Alter stehenden Frauen an Gallensteinen. In neuerer Zeit mehren sich die Berichte über den lebensbedrohenden Charakter, den die Gallensteinkrankheit durch Vereiterung oder Perforation der Gallenblase in Schwangerschaft und Wochenbett annimmt, sowie über die Komplika-

tion von Gallensteinen mit diversen gynaekologischen Erkrankungen. Betreffs der Beziehungen der Cholelithiasis zu den physiologischen und pathologischen Vorgängen der weiblichen Genitalorgane verweise ich auf eine kürzlich erschienene Arbeit von Sitzenfrey (28), welcher die diesbezüglichen Mitteilungen aus der Literatur gesammelt hat. Die Stimmen, die sich für eine prinzipielle Untersuchung der Gallenblase bei gynaekologischen Laparotomien erheben, sind noch sehr spärlich. Albert van de Weer (29) erhebt in seinem kasuistischen Berichte über Komplikation von Uterusfibromen mit Gallensteinen die Forderung nach größerer Beachtung der Gallenblase von Seite der Gynaekologen. Ebenso spricht sich Landau (30) dafür aus, bei gynaekologischen Laparotomien neben dem Wurmfortsatze auch die Gallenblase sichtbar zu machen und zu palpieren. Dieses Bestreben, sich Klarheit über den Zustand von Wurmfortsatz und Gallenblase zu verschaffen, hat ihn auch veranlaßt, den vaginalen Operationsweg immer mehr und mehr zugunsten des abdominalen zu verlassen.

Zur Illustrierung der Zweckmäßigkeit der systematischen Abtastung der Gallenblase bei gynaekologischen Laparotomien möchte ich folgende vier Fälle meiner Beobachtung anführen:

Fall I: 36jährige Frau wurde wegen entzündlicher Erkrankung des Uterus und der Adnexe bereits mehrfach operiert. Anderwärts 1903 Curettement und Portioamputation. Im hiesigen Krankenhause 1906 Laparotomie mit Ventrofixation, Entfernung der rechten Adnexe und des kotsteinhaltigen, entzündeten Appendix. Nur geringe und rasch vorübergehende Besserung der Beschwerden, welche hauptsächlich in Kreuzschmerzen, Stuhlverstopfungen, Appetitlosigkeit und Magendrücken bestehen. Niemals Koliken. Nach der Operation war Patientin wiederholt in Spitalsbehandlung mit ihren alten Beschwerden, welche als Symptome einer Hysterie aufgefaßt wurden.

Anfangs 1908 kommt Patientin abermals mit der Bitte, sie von ihren Beschwerden auf operativem Wege zu befreien. Es findet sich ein großer, anteflektierter, unbeweglicher, sehr druckempfindlicher Uterus. Die ganze Unterbauchgegend und die Magengegend druckschmerzhaft. In der Gegend der Gallenblase nichts abnormes nachzuweisen.

Laparotomie in der Mittellinie unterhalb der Nabels. Ausgedehnte Verwachsungen der Därme und des Netzes mit vorderer Bauchwand und Uterus. Der letztere sowie die linken Adnexe völlig in Adhäsionen eingebettet. Totalexstirpation mit Zurücklassung des linken Ovariums. Vor Schluß der Bauchhöhle wird die Hand nach oben unter die Bauchdecke eingeführt und tastet daselbst eine steinhaltige Gallenblase. Verlängerung des Schnittes rechts am Nabel vorbei um einige Zentimeter. Infolge Schlaffheit der Bauchdecken läßt sich der obere Wundwinkel soweit nach oben vorziehen, daß die Gallenblase zu Gesicht kommt. Dieselbe ist frei von Adhäsionen und läßt sich rasch nach der subperitonealen Methode von Witzel exstirpieren. Sie enthält 40 Steine, die Schleimhaut weist entzündliche Veränderungen auf. Ligatur des Zystikus. Tamponade mit Streifen. Bauchnaht bis auf kleine Lücke.

Glatte Heilung in 3 Wochen. Durch 5 Tage mäßige Gallenabsonderung. Patientin wurde erst durch diesen Eingriff völlig von allen ihren jahrelangen Beschwerden befreit.

Fall II: 49jährige Frau, leidet seit einem Jahre an Kreuzschmerzen, Magen- und Bauchschmerzen, Fluor, Menorrhagien, großen Schwächezuständen.

Status praesens: Leidendes Aussehen, Temperatur 38·2°. Uterus retroflektiert. Rechts vom Uterus kleinapfelgroßer, druckempfindlicher Tumor. Unterbauchgegend diffus druckempfindlich. In der Magen- und Gallenblasengegend nichts nachzuweisen.

Laparotomie mit Längsschnitt in der Mittellinie unterhalb des Nabels. Geringes seröses Exsudat in der Bauchhöhle. Der Tumor besteht aus den rechten Adnexen und dem Wurmfortsatz. Exstirpation. Im rechten Parametrium ein derbes, entzündliches Infiltrat, welches auf die Blasenwand übergreift. Die nach oben unter die Bauchdecken eingeführte Hand tastet

eine große steinhaltige Gallenblase. Da die Bauchdecken sehr straff sind, wird unter provisorischer Tamponade des unteren Schnittes ein Längsschnitt oben am rechten Rektusrande angelegt, die nicht verwachsene Gallenblase subperitoneal exstirpiert. Ligatur und Verschorfung des Zystikus. Streifentamponade. Bauchnaht.

Reaktionslose Heilung in 3 Wochen. Geringe Gallenabsonderung am Ende der ersten Woche. Die exstirpierte Gallenblase enthält 8 nußgroße, maulbeerförmige Steine. Sistierung sämtlicher Beschwerden.

Fall III: 31jährige Frau, klagt über Kreuz- und Bauchschmerzen, Fluor, unregelmäßige Blutungen seit 3 Monaten. Vor 6 Jahren Typhus.

Status praesens: Temperatur nachmittags bis 38°. Unterbauchgegend druckschmerzhaft, ebenso die Magengegend. Uterus groß, hart, retroflektiert, beiderseitiger Adnextumor von Orangengröße.

Laparotomie mit medianem Längsschnitte unterhalb des Nabels. Uterus und Adnexe in Adhäsionen eingebettet. Die mehrfach geschlängelte, stellenweise knollig aufgetriebene Appendix zieht in das kleine Becken und ist mit ihrer Spitze daselbst fixiert. Supravaginale Amputation des Uterus mit Zurücklassung des linken Ovariums, Appendektomie. Die Abtastung der Gallenblase ergibt, daß dieselbe in derbe Adhäsionen eingebettet ist. Verlängerung des Schnittes nach oben rechts vom Nabel. Die Gallenblase ist groß, prall gespannt, in zum Teile sehr feste Adhäsionen, welche zum Magen, Duodenum und Colon transversum ziehen, eingebettet. Teils scharfe, teils stumpfe Lösung der Adhäsionen, subperitoneale Entfernung der Gallenblase. Ligatur und Verschorfung des Zystikus. Streifentamponade. Naht.

Die Gallenblase enthält keine Steine, hingegen eitrige Galle. Die Schleimhaut ist entzündet, weist zahlreiche Hämorrhagien auf. Mikroskopisch: Eiterzellen, kurze, dicke Stäbchen (Typhusbazillen).

Glatter Verlauf. Heilung in 5 Wochen mit Aufhören aller Beschwerden.

Fall IV. 25jährige Frau. Seit 2 Jahren nach einem Partus leidet die Frau an Kreuzschmerzen, diversen Magenbeschwerden, Stuhlverstopfung, Schmerzen in der rechten Lende, welche in den rechten Fuß ausstrahlen.

Status praesens: Hochgradige rechtseitige Wanderniere. Beginnender Uterusprolaps mit bedeutender Zystokele. Rechte Adnexe vergrößert und schmerzhaft.

In Äthernarkose zunächst Nephropexie mit lumbalem Schrägschnitte. Hierauf vordere Kolpotomie, Exstirpation der rechten Adnexe und Vaginofixation. Scheidendammplastik.

18 Tage nach der Operation bei völlig glattem Verlaufe und Primaheilung der Operationswunden stellt sich plötzlich heftiger Schmerz in der rechten Oberbauchgegend ein. Wiederholtes Erbrechen. Puls: 110. Temperatur: 38·5°. Die Oberbauchgegend aufgetrieben, sehr druckschmerzhaft. Rechts vom Nabel Resistenz tastbar. Eisbeutel.

Da sich das Befinden nicht bessert, am nächsten Tage Laparotomie mit rechtseitigem pararektalen Schnitte. Trübes, seröses Exsudat in der freien Bauchhöhle, Peritoneum allenthalben entzündet. Zwischen Gallenblase, Netz, Magen und Colon transversum bestehen frische Verklebungen. Bei Lösung der Adhäsionen stößt man auf einen ungefähr faustgroßen, abgesackten Erguß galligen Eiters. An der Gallenblase, welche die äußere Wand dieses Abszesses bildet, präsentiert sich eine für dünne Sonde passierbare Perforationsöffnung, aus welcher sich trübe Galle entleert. Subseröse Ausschälung der Gallenblase, die nach mehrfachem Einreißen der Serosa speziell aus dem Leberbette ohne Blutung gelingt. Zystikusligatur. Ausgiebige Tamponade des ganzen Entzündungsherdes. Gallenblase enthält 16 Steine und eitrige Galle.

Fieberhafter Verlauf. Heilung in 4 Wochen.

Fall I zeigt klar und deutlich den Wert der systematischen Gallenblasenpalpation bei gynaekologischen Laparotomien. Die Frau hatte niemals typische Kolikanfälle, auch objektiv war an der Gallenblase bei wiederholten Untersuchungen nichts nachzuweisen. Die Magenbeschwerden wurden auf die Erkrankung des Genitales bezogen, und als dieselben durch mehrfache gynaekologische Eingriffe nicht gebessert wurden,

faßte man sie als Symptome einer Hysteroneurasthenie auf. Erst die bei einer neuerlichen gynaekologischen Laparotomie vorgenommene Palpation der Gallenblase brachte Aufklärung über den Grund der jahrelang bestehenden Magensymptome und die Entfernung der steinhaltigen Gallenblase Heilung von denselben. Es ist klar, daß eine gleich bei der ersten Laparotomie vorgenommene Untersuchung der Gallenblase die Leidenszeit der Patientin bedeutend abgekürzt und dieselbe vor Häufung operativer Eingriffe bewahrt hätte.

Fall II und III wiesen ebenfalls keine für Gallenblasenerkrankung charakteristischen Symptome auf. Objektiv war in beiden Fällen nichts nachzuweisen, die abdominalen Symptome konnten durch den Befund an den Genitalien erklärt werden. Die Gallenblasenpalpation, die ich zu der Zeit, wo beide Fälle zur Operation kamen, bereits systematisch übte, deckte beide Male Erkrankungen der Gallenblase auf, welche gewiß ein teilweises Weiterbestehen der Beschwerden verursacht und eventuell neuerliche operative Eingriffe erfordert hätten.

Fall IV beweist die Berechtigung der Forderung Landaus, den vaginalen Operationsweg zugunsten des abdominalen einzuschränken, um sich Klarheit über den Befund auch anderer, häufiger erkrankter Abdominalorgane verschaffen zu können. Die vorhandenen Beschwerden der Patientin fanden durch die Wanderniere und das Genitalleiden genügende Erklärung. In der Rekonvaleszenz kam es zu einer Perforation der steinhaltigen Gallenblase, welche vorher nicht ein einziges charakteristisches Symptom verursacht hatte. Der abdominale Weg und die Gallenblasenpalpation bei der ersten Operation hätten die Patientin vor einer ernsten Lebensgefahr und vor einem zweiten operativen Eingriffe unter viel ungünstigeren Umständen, bei beginnender Peritonitis, bewahrt.

Nach all diesen Erfahrungen erscheint es mir geboten, bei gynaekologischen Laparotomien beiden Organen, dem Wurmfortsatze und der Gallenblase, vollste Aufmerksamkeit zu schenken. Da wir nach obigen Ausführungen bei bloßer äußerer Besichtigung des Wurmfortsatzes niemals mit Sicherheit entscheiden können, ob derselbe gesund ist, ist die prinzipielle Exstirpation der Appendix zu empfehlen. Aus physiologischen Gründen kann man gegen dieselbe nichts einwenden, da eine Notwendigkeit des Wurmfortsatzes für den Haushalt des Körpers trotz aller Hypothesen bisher nicht erwiesen ist. Die Gallenblase ist prinzipiell abzutasten und bei pathologischem Befunde ebenfalls zu exstirpieren. Die Verlängerung der Operationsdauer kommt bei der heutigen Technik kaum in Betracht. Die Exstirpation der nicht verwachsenen Appendix bedeutet eine Verlängerung um höchstens 5 Minuten. Nicht viel länger dauert dank der Methode Witzels (31) die Exstirpation der Gallenblase, um so mehr, als es sich zumeist um nicht verwachsene Gallenblasen handelt. Die subperitoneale Methode der Gallenblasenexstirpation nach Witzel, die ich in einer größeren Reihe von Fällen ausführte, gestattet es, das Organ in kürzester Zeit nahezu ohne Blutung zu entfernen. Die Operation wird folgendermaßen ausgeführt: Längsschnitt in die Serosa vom Zystikusbeginn bis zur Kuppe. Abpräparierung der Serosa nach beiden Seiten hin mit dem Messer auf ungefähr 1 *cm*. Nunmehr stumpfes Auslösen der Gallenblase mit dem Finger an der Kuppe beginnend, bis dieselbe nur mehr am Zystikus hängt. Anlegung zweier Klemmen am Zystikus, zwischen welchen derselbe durchtrennt wird. Ligatur und Verschorfung des Zystikus. Tamponade mit schmalem Streifen. Eine sorgfältige Übernähung des Zystikusstumpfes und Vereinigung der Serosalappen, wie sie Witzel verlangt, habe ich als zu zeitraunend und überflüssig unterlassen. Die Blutung ist bei dieser Methode eine minimale, für gewöhnlich braucht man keine Gefäßligatur anzulegen. Ich selbst

habe einige Male an technisch schwierige Totalexstirpationen der Genitalien die prophylaktische Appendektomie und die Exstirpation der steinhaltigen Gallenblase angeschlossen. Alle diese Fälle sind geheilt und ich habe in keinem Falle einen Anhaltspunkt für einen ungünstigen Einfluß dieser Eingriffe auf den Heilungsverlauf gewonnen. Es ist selbstverständlich, daß man Frauen mit unheilbaren Leiden anderer Organe oder deren elender Zustand eine rasche Beendigung der Operation erfordert, Appendix und steinhaltige Gallenblase belassen wird.

Nach dem Gesagten kommt der Nachteil der Operationsverlängerung kaum in Betracht. Die Vorteile, die wir dagegen eintauschen, sind einerseits die Vermeidung der Wiederholung von Laparotomien wegen akuter Erkrankung eines der beiden Organe, andrerseits die größeren Chancen bezüglich Behebung chronischer Beschwerden, welche in einer gewissen Anzahl von Fällen durch die Operation an den Genitalorganen allein nicht gebessert werden. Die chronischen Reizzustände beider Organe, des Wurmfortsatzes und der Gallenblase, können ohne charakteristische Symptome bestehen. Sie verursachen dann chronische Beschwerden von seiten des Magendarmtraktes, Appetitlosigkeit, Magendrücken, Aufstoßen, Sodbrennen, Stuhlverhaltung etc., Beschwerden, die wir unter dem Sammelnamen „Dyspepsie“ zusammenfassen. Ganz gleiche Symptome finden sich auch bei zahlreichen Erkrankungen des Uterus und seiner Anhänge, Symptome, die unter dem Namen der „nervösen Dyspepsie“ als eine vom erkrankten Genitale ausgelöste Reflexneurose angesprochen werden. Der Gynaekologe verfällt nur zu leicht in den Fehler, bei nachweislichem pathologischen Befunde an den Genitalien alle diese Beschwerden auf das Genitalleiden zurückzuführen. Führt die gynaekologische Operation nicht zur Behebung der Beschwerden, wie wir das recht häufig erleben, so ist die Patientin eben hysterisch. Dies mag ja für die Mehrzahl der Fälle zutreffen, in einer bestimmten Zahl von Fällen sind entschieden chronische Reizzustände des Wurmfortsatzes oder der Gallenblase für die Fortdauer der Beschwerden verantwortlich zu machen. Man soll ja mit der Operation bei gynaekologischen Leiden nicht so rasch bei der Hand sein, als es heutzutage zumeist der Fall ist. Wenn man sich aber zur Laparotomie entschließt, dann soll man gründlich operieren, sich speziell von dem Zustande jener Organe überzeugen, deren Erkrankung erfahrungsgemäß häufig mit gynaekologischen Leiden kombiniert ist, d. i. des Wurmfortsatzes und der Gallenblase. Man wird dann häufig überraschende Befunde an denselben vorfinden und durch Beseitigung des erkrankten Organes so manche Frau zu einem arbeits- und lebensfreudigen Wesen machen, welche andernfalls als „Hysterika“ ihr Dasein weiterfristet, verbittert durch die Erfolglosigkeit einer oder gar mehrerer gynaekologischer Operationen.

Literatur: 1. Deutsche med. Wochenschr., 1906, Nr. 32. — 2. Zitiert nach Helme, Brit. med. Journ., Dezember 1906. — 3. Münchener med. Wochenschr., 1907, Nr. 30. — 4. Mitteilungen aus Engströms Klinik, V. — 5. Zentralbl. f. d. Grenzgebiete, 1904, 18 bis 20. — 6. Münchener med. Wochenschr., 1906, Nr. 9. — 7. Samml. klin. Vorträge, N. F., Nr. 323. — 8. Berliner klin. Wochenschr., 1907, Nr. 34. — 9. Amer. journ. of obstetr., 1904. — 10. Dissert., Paris 1905. — 11. Ref. Zentralbl. f. Chir. — 12. Ref. Zentralbl. f. Chir. — 13. Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 27. — 14. Zitiert nach Döderlein-Kroenig, Operative Gynaekologie. — 15. Operative Gynaekologie. — 16. Ginecologia, 1906, Nr. 1. — 17. Zentralbl. f. Gyn., 1906, pag. 126. — 18. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 15. — 19. Zitiert nach Santucci. 20. 76. Versammlung deutscher Naturforscher u. Ärzte, Breslau. — 21. Sitzungsbericht der Berliner med. Gesellsch., 1. August 1906. — 22. Ref. Zentralbl. f. Chir., 1904, Nr. 4. — 23. Berliner klin. Wochenschr., 1906, Nr. 49. — 24. John Hopkins Hospital Bulletin, 1900. — 25. Med. Record, 1902, pag. 289. — 26. Annal. of surgery, 1903, pag. 549. —

27. Berliner klin. Wochenschr., 1907, Nr. 31. — 28. Prager med. Wochenschr., 1907, Nr. 28 bis 30. — 29. Journ. of the Amer. med. Association, 1906. — 30. Berliner klin. Wochenschr., 1906, Nr. 50. — 31. Zentralbl. f. Chir., 1906, Nr. 32.

Zur Therapie der Melaena neonatorum.

Von Dr. med. **E. Mettler** in Rorschach (Schweiz).

Die Veröffentlichung des folgenden Falles bezweckt, die Statistik der so ziemlich seltenen Melänaerkrankungen mit einem in Heilung ausgegangenen Falle zu bereichern, welchen Erfolg ich, um gleich anfangs zu erwähnen, der Gelatineanwendung zuschreibe.

Es handelt sich um eine Melaena vera, im Gegensatz zu spuria, d. h. es handelt sich nicht um blutige Ausscheidung verschluckten Blutes aus dem After, sondern um eine Blutung in dem Magendarmkanal, herrührend von Erosionen oder Geschwüren im Magen resp. Darm, deren Ursache auch in diesem Falle unbekannt sein dürfte; weder Symptome septischer Infektion, noch Syphilis, noch Traumata irgendwelcher Art, bei deren Existenz Meläna beobachtet wurde, waren vorhanden. Daß es sich nicht um Ausscheidung verschluckten Blutes handelt, beweist das Fehlen irgend eines darauf hindeutenden Anhaltspunktes, sowohl von seiten des Kindes (intakte Mund-, Nasen- und Rachenhöhle — spontan verlaufene Geburt ohne manuelle, noch instrumentelle Manipulationen, die irgendwelche kindliche Gefäßläsionen hätten verursachen können), als auch von seiten der Mutter, wo von außen Blut in den Mund des Kindes hätte eindringen können; die Anamnese der Wöchnerin ergab keine Andeutungen, die auf eventuelle intrauterine Blutungen während der Schwangerschaft schließen ließen, welche Blutungen dem Kinde hätten Gelegenheit bieten können, zum Beispiel ins Fruchtwasser ergossenes Blut zu schlucken (keine vorzeitige Plazentarlösung, noch Placenta praevia, noch Rißblutungen irgendwelcher Art), auch wurden bis zu meiner ersten Visite keine Versuche gemacht, dem Kinde die Brust zu geben, so daß also auch der Faktor eventueller Saugversuche als Blutungsquelle dahinfällt.

Als ich zur Wöchnerin gerufen wurde, war das Kind 24 Stunden alt und soll, laut zuverlässigen Angaben der Pflegerin, bereits vier Blutungen aus dem Mastdarm gehabt haben. Ich konnte mich persönlich von den mir in der Windel aufbewahrten Blutkoagula mit dem charakteristisch dunkelroten Hof überzeugen, zudem war die ganze After-Gesäßpartie noch mit dünnflüssigem, hellrotem Blut besudelt, da einige Minuten vor meiner Ankunft die vierte Blutung stattgefunden hatte. — Blutbrechen fand nicht statt.

Die erste große Blutung erfolgte 10 Stunden nach der Geburt. Ich traf das Kind in hochgradig anämischem und kollabiertem Zustande an; es hatte bis dahin noch keinen Tropfen Nahrung in sich aufgenommen.

Ich verordnete sofort Haferschleim als erste Nahrung, wickelte die bereits sich kalt anfühlenden Extremitäten in Watte, verbot Herumtragen des Kindes und machte gleichzeitig eine Injektion von 10 *cm*³ 10%iger steriler Gelatinelösung.

Gleich nach der Injektion, bevor die Resorption möglich war, erfolgten rasch nacheinander noch drei kleinere Blutungen, um dann für immer zu sistieren.

Tags darauf erfolgte einmal Stuhlgang von braunschwarzer Farbe, gebunden. Nahrung mit Haferschleim wird fortgesetzt und da die Mutter nicht imstande ist, das

Kind zu stillen, wird hie und da nebst dem Haferschleim etwas unverdünnte, gekochte Kuhmich gereicht.

Am zweiten Tage erfolgt einmal Stuhlgang von gelber Farbe und normaler Konsistenz und die folgenden Tage weisen ganz normale Verdauung auf. Der ganze kindliche Körper fühlt sich wärmer an, so daß ich die Extremitäten nun frei lasse von Watteeinhüllungen. Nach fünfwöchentlicher Beobachtung ist heute das Kind in gut ernährtem Zustande.

In der Therapie der Melänaerkrankung findet man auch angegeben: Eisblase auf das Abdomen des Kindes. Von der Anwendung der Eisblase sah ich völlig ab, zudem man in der Privatpraxis mit dieser therapeutischen Maßnahme stets auf kolossale Schwierigkeiten stößt; denn gewöhnlich verschwindet mit dem Arzt aus dem Hause auch die Eisblase vom kranken Körper des Patienten, indem irgend eine Verwandte diese Prozedur für unzweckmäßig findet. Ich glaube, auch in diesem Falle dürfte die Wärmezufuhr in Form von Watteeinhüllungen einem hochgradig anämischen Kinde förderlicher sein, als die ohnedies der Gelatine hintanstehende styptische Wirkung der Eisblase; ebenso verabreichte ich per os auch keine styptischen Mittel, indem ich deren Anwendung in der Dosis, um überhaupt wirksam sein zu können, fraglich erachte für einen, wie in meinem Falle, noch total nüchternen Magen eines bereits kollabierten Kindes.

Es dürfte wohl die Gelatinebehandlung bei Melaena vera als die einzig wirksame betrachtet und mit deren Anwendung das sonst noch hohe Mortalitätsprozent zum Sinken gebracht werden.

Hebammenwesen und Sozialhygiene.

Kurpfuscherisches und Geheimmittel auf gynaekologischem Gebiete.[1])

Von Dr. **O. O. Fellner**, Wien.

Wir sind durch eines Pfuschers Hand
Zu früh hieher geschicket,
Zur Warnung für das ganze Land
Und den, der dies erblicket.
Sein Leben traue jedermann
Nur sicherer Ärzte Hilfe an.
Geht er dann auch des Todes Bahn,
Hat er doch seine Pflicht getan.
(Inschrift auf einem Grabstein in Hameln 1792.)

Eine im Jahre 1905 unter den Ärzten Deutschlands veranstaltete Umfrage nach Gesundheitsschädigungen durch Kurpfuscher ergab bei 112 Kurpfuschern 91 Gesundheitsschädigungen und darunter 31 bei Frauenkrankheiten, ferner 37 Todesfälle, darunter 20 auf unserem Gebiete. Von diesen entfallen 12 auf Kindbettfieber, zweimal war der Tod durch Verblutung eingetreten, viermal wurde bei Krebs durch Massage und Bäder, Verabreichung von Tee die richtige Zeit zur Operation versäumt; eine von einem „Naturheilkundigen“ als Darmkolik aufgefaßte Erkrankung erwies sich als

[1]) Die folgenden Ausführungen sind zum Teile den Berichten der Hygienischen Blätter entnommen.

Eileiterschwangerschaft, eine massierte Schwangerschaft als Eierstockkrebs und eine überaus kräftige tägliche Massage führte bei Parametritis zur Sepsis. Diese kleine Übersicht, die natürlich nur solche Fälle umfaßt, welche dem Arzte zur Kenntnis kamen, zeigt, wie außerordentlich verbreitet die Kurpfuscherei auch auf unserem Gebiete ist.

Was ein Kurpfuscher zu tun hat und verdient, ist aus folgenden Zahlen über den „Urindoktor“ in Kirchgaudern zu entnehmen: Bei ihm treffen täglich über 100 Kranke ein, und nebstdem behandelt er auch brieflich. Sein steuerfähiges Einkommen wird auf 125.000 bis 130.000 M. geschätzt. Das erreichen natürlich diese Leute nur dadurch, daß sie sich für die minderwertigsten Mittel hohe Preise bezahlen lassen, und ebenso auch für die Behandlung. Der Naturarzt Brohn nahm einer minderbemittelten Frau in Passau in vier Wochen 290 M. für eine erfolglose Kur ab. Der Zulauf ist teils in der Dummheit der Menschen begründet, teils wird dies auch durch einfach gefälschte Dankschreiben erzielt. Der Naturarzt Kahlert veröffentlichte eine Reihe von Dankschreiben. Über 19 solcher Dankschreiben konnte das Polizeiamt folgendes feststellen: 12 der Geheilten waren von der Polizeibehörde ihres angeblichen Wohnortes überhaupt nicht zu ermitteln. Die sieben anderen erklärten, daß Herr Kahlert eine ihnen völlig unbekannte Größe sei, sie ihm daher auch kein Zeugnis ausstellen konnten.

Trotz der Beschimpfung der wissenschaftlichen Medizin schreiben die Naturärzte ganz ungeniert aus medizinischen Büchern ab. So hat der Direktor der Fachschule für Naturheilkundige, Kanitz, aus dem Lehrbuch Schröders einen Originalartikel über Gebärmutterkrebs sich zu eigen gemacht.

Daß diese „Heilkünstler“ natürlich nicht allein wissentlich und unwissentlich den Kranken schädigen, sondern auch das ihnen aus eigener Machtvollkommenheit verliehene Amt mißbrauchen, zeigen die Verurteilungen wegen Notzucht. So berichtet Dr. A. Moll von einem jungen spiritistischen Mädchen, dem die Geister befahlen, mit allen möglichen Männern geschlechtlich zu verkehren, einen Erpressungsbrief zu schreiben, der dahin ging, daß man in der Schwangerschaft einen Abtreibungsversuch machte etc. Bekannt ist der Fall des Naturarztes Mader, der den unerlaubten Verkehr mit einer Patientin, die nebstdem die Frau seines guten Freundes war, gerichtlich zugestand. Wegen Notzucht wurde ein Frauenleiden behandelnder Kurpfuscher im Jahre 1903 zu 5 Jahren Zuchthaus verurteilt, wegen Sittlichkeitsverbrechen ein „nach altbewährter Methode“ kurierender Pfuscher zu 3 Jahren Zuchthaus (Oktober 1905, Honorar 15—20 M.). Ein durch „ungiftige Medikamente“ Kurierender mißbrauchte geisteskranke Patienten und wurde Februar 1906 zu 2 Jahren Zuchthaus verurteilt. Auch dieser nahm hohe Honorare. Ein verkrachter Student, der sich mit Massage befaßte, erhielt wegen Unsittlichkeit (Jänner 1906) 3 Monate Gefängnis.

Selbstverständlich ist es, daß sich dieses Gewerbe auch mit der Einleitung des Abortus befaßt. Der Heilkünstler Heinrich Schmaus hatte bei einer Witwe einen operativen Eingriff gemacht, der den Tod derselben herbeiführte: 4 Jahre Zuchthaus. Eine Masseurin wurde wegen Abtreibung der Leibesfrucht gegen Entgeld, eine andere wegen Beihilfe zur Abtreibung in Hamburg verurteilt. Ein Homöopath, seines Zeichens Lehrer, der Blutstockungen gegen ein Honorar von 200 M. beseitigte, erhielt wegen des Verbrechens gegen das keimende Leben 7 Jahre Zuchthaus (1905), eine Naturheilärztin wegen des gleichen Verbrechens 6 Monate Zuchthaus (1904). Eine Apothekersfrau, die Blutstockungen gegen Honorare von 5—10 M. behandelte, erhielt wegen Übertretung der Gewerbeordnung in Hamburg eine Strafe von 100 M. (!)

Ein Homöopath wurde wegen Fruchtabtreibung zu $1^1/_2$ Jahren Gefängnis verurteilt (1906).

Interessant sind die Angaben dieser Heilkünstler über die Ätiologie der Erkrankungen. So schreibt der Verfasser eines in Dutzenden von Auflagen erschienenen Buches, welches angeblich in 25 Sprachen übersetzt wurde, Herr Kuhne: „Niemand ahnte, daß die früher im Leibe befindlichen Hämorrhoidalknoten jetzt in weit härterer und zusammengedrängterer Form im Kopf als außen fühlbare Tuberkelknoten auftraten.“ Derselbe Herr schreibt folgendes: „Ohrenlaufen und Schnupfen, Tripper und weißer Fluß haben eine gemeinsame Ursache und rühren von latent im Körper abgelagerten Brennstoffen her, die in einen akuten Gärungszustand, in einen eitrigen oder wässerigen Schleim übergehen.“

Die Diagnose wird natürlich in den abenteuerlichsten Formen gestellt. So insbesondere aus den Augen, aus dem Urin u. dgl. Ein gewisser Peczely aus Ungarn versuchte im Alter von 11 Jahren, wie er angab, eine Eule zu fangen, diese aber wehrte sich und schlug eine Kralle in die Hand des Knaben. Es gelang ihm nur dadurch, sich von der Eule zu befreien, daß er ihr ein Bein abbrach. Dabei sah er der Eule in die Augen und bemerkte, daß in dem Augenblicke, wo er der Eule das Bein abbrach, ein schwarzer Strich im Auge derselben entstand. Nun glaubte er, aus solchen Strichen im Auge alle Krankheiten diagnostizieren zu können. Das rechte Auge ist im allgemeinen für die rechte Körperhälfte, das linke für die linke Körperhälfte da. Doch gibt es hier eine Abweichung, da die Harnröhre, Scheide und Gebärmutter nur im rechten Auge ihre Repräsentationsstelle besitzen. (Seligmann, Hygienische Blätter.)

Eine andere Pfuscherin, eine Schmiedemeisterswitwe, behauptete, aus dem bloßen Anschauen des Urins jede Diagnose stellen zu können. In einem Fall will sie auf diese Art bei einer schwangeren Frau erkannt haben, daß diese eine Mißgeburt zur Welt bringen werde, was auch tatsächlich dann der Fall war.

Ein weites Feld für die kurpfuscherische Tätigkeit bildet die Blutarmut. Ein Stallknecht, der bereits eine mehrjährige Gefängnisstrafe verbüßt hatte, wirkte in Köln und Bonn als Menschen- und Roßarzt, insbesondere als Spezialist für bleichsüchtige Mädchen und bissige Pferde. Sein Allheilheilmittel war eine Eisentinktur im Werte von 15 Pfennig, die er für 1·30 M. verkaufte. Er wurde zu 1 Jahr Gefängnis verurteilt. Ein großer Schwindel wird mit den sogenannten Blutreinigungsmitteln getrieben, die alle Krankheiten, selbstverständlich Frauen- und Geschlechtskrankheiten, heilen. Dr. Becker berichtet in den Hygienischen Blättern über den Wegweiser und Fingerzeiger, welchen die amerikanische Firma für die Agenten ihres „Universalheilmittels“ herausgab. Das für 4 M. verkaufte Paket kostet den Agenten bei Bezug im kleinen 2 M. und im großen noch weniger. Der Agent solle die Medizin unter keinen Umständen billiger verkaufen: denn setze er den Preis herab, so glauben die Leute, daß die Medizin nichts wert sei. Bei Begegnung mit einem Freunde oder Nachbarn soll der Agent von der Medizin sprechen und ihm eine Probe zum Versuch anbieten. Durch schlechtes Wetter lasse er sich nicht abhalten, denn da seien gerade die Leute zu Hause und haben irgend ein Leiden. Jede Krankheit komme von unreinem Blute her und die unreinen Stoffe vom Blute gehen in Gärung über. Das Mittel habe schon Wunder gewirkt, weil es die Krankheit an der Wurzel anfaßt und alle unreinen Stoffe aus dem Blute entfernt. Es ist das einzige Mittel, welches geeignet ist, die Gärung der unreinen Stoffe im Blute zu verhindern.

Gegen Tripper empfehlen Gerling-Köhler in ihrer praktischen Naturheilkunde Einspritzungen mit Heidelbeersaft, deren wirksamer Bestandteil bekanntlich Tannin ist, das als Gift von den Naturheilärzten so sehr verfolgt werden sollte.

Eine Reihe von Geheimmitteln wird zur Entfettung empfohlen. So das Antipositin. Hierfür wird eine ganz kolossale Reklame betrieben. Nach der „Apothekerzeitung“ besteht dasselbe aus 30% Weinsäure, 16% Zitronensäure, 4% Weinstein, 14% Kochsalz und 36% doppeltkohlensaurem Natrium. Auch etwas Apfelsäure soll es enthalten. Die Frau eines Beamten nahm, so berichtet die „Münchener medizinische Wochenschrift“, dieses Mittel. Nach einem Monat hatte sie bereits starke Beschwerden, welche ein Arzt schließlich als Blasenkatarrh deutete; mit dem Aussetzen des Mittels wurden die krankhaften Erscheinungen besser, wohl der beste Beweis dafür, daß derlei Kuren nicht ohne ärztliche Aufsicht vorgenommen werden sollten. Nach neueren Untersuchungen enthält übrigens dieses Mittel als wirksamen Bestandteil Glaubersalz. Der ärztliche Mentor der Gesellschaft wurde wegen standesunwürdiger Reklame zu 500 M. Geldstrafe verurteilt, was natürlich nicht hindert, daß die Reklame unter ärztlicher Flagge weitergeht.

Ein anderes Entfettungsmittel sind die Morrissonschen Pillen. Wie von polizeilicher Seite schon wiederholt aufmerksam gemacht wurde, sind es lediglich starke Abführmittel, welche den wirksamen Bestandteil ausmachen. Eine Patientin erkrankte auch daraufhin unter auffälliger Herzschwäche. Die Pillen sind übrigens laut Prospekt ein Universalheilmittel und scheinen als solche große Verbreitung zu haben. Ein weiteres Mittel, das in Paris einen Jahresumsatz von einer halben Million Pakete erzielt, ist der Dalofftee. Er besteht aus Wundklee, Sennablättern, Bärentraubenblättern und Lavendel. Der Karlsruher Gesundheitsrat hat eine Warnung gegen das Antipositin erlassen und ebenso der Berliner Polizeipräsident. Tatsächlich haben einige Patienten nach diesen Mitteln, wie Dr. Hildebrandt („Therapeutische Neuheiten“) berichtet, nicht ab-, sondern sogar zugenommen.

Graziana-Zehrkur ist ein anderes solcher Geheimmittel. Sie verleiht jugendliche Schlankheit ohne Hungerkur, „naturgemäße Zehrkur“. Voller Ersatz der teuren Brunnen- und Vermeidung gefährlicher Entfettungskuren. Die einzelnen Präparate kosten je 3 M. und bestehen aus einem Paket Tee, einer Schachtel mit 40 Kapseln und einer Schachtel mit 86 Pillen. In allen drei Präparaten ist der wesentliche Bestandteil das Pulver von Fukus. Die Pillen enthalten außerdem einen abführenden Stoff und vermutlich noch Zusätze von Sulfaten und Chloriden. Der Gebrauch von Fucus vesiculosus gegen Fettleibigkeit ist alt und schon längst bekannt. (Dr. Zernik. „Deutsche med. Wochenschrift“.)

Selbstverständlich arbeiten die Kurpfuscher nicht allein mit derlei Mitteln, sondern auch mit anscheinend physikalischen Heilmethoden; insbesondere die Massage erfreut sich einer ebenso großen Beliebtheit, als sie Schaden stiftet. Dabei geraten diese Herren auf ganz eigentümliche Ideen. So wurde von Kühne das Reibesitzbad oder Geschlechtsreibebad „erfunden“. Das Bad wird folgendermaßen genommen: Eine Wanne wird mit Wasser von 10—20° C gefüllt, ein Brett auf die Ränder der Wanne gelegt und nun setzt sich der Kranke nackend auf das Brett, zieht die Vorhaut über das Glied fest nach vorn bis zur Berührung der Vorhautränder und reibt dieselben mit einem Lappen aus rauhem Stoffe 10—60 Minuten unter Wasser gleichmäßig. Frauen bearbeiten in gleicher Weise die äußeren Schamlippen. Anzahl der Bäder 1—3 am Tag.

Den Gipfel des Unsinns erreicht aber Herr Kehl. Er nimmt reines Trinkwasser, läßt es unbedeckt an der Sonne stehen oder hält ein Brennglas darüber, und so wird ein mit Sonnenlicht getränktes Wunderwasser erzeugt, das, gut bedeckt und kühl aufbewahrt, seine Wirkung drei Tage und länger bewahrt. Es eignet sich vortrefflich zu Klistieren und gewährt die Möglichkeit, aufgespeichertes Sonnenlicht in die dunkelsten Teile des menschlichen Körpers dringen zu lassen.

Natürlicherweise gibt es auch Pillen, welche eine Vergrößerung des Busens in zwei Monaten bewirken. Der Preis der Schachtel dieser Pilules orientales beträgt 5·30 M. Nach Mitteilung des Berliner Polizeipräsidiums setzen sich diese Pillen aus Kartoffel-, Mais- und Waizenmehl zusammen. Außerdem enthalten sie Arsen und Eisen. Kommentar überflüssig!

Nicht so unbedenklich ist das Menstruationspulver Geisha. Es soll besser als teuere Bäder Stockungen und Regelstörungen beseitigen. Eine Originalschachtel enthält 30 *g* und kostet 3 M., während man dasselbe Pulver in der Apotheke für 30 Pfennige erhält. Denn es besteht aus feingepulverten, getrockneten Blüten der römischen Kamille. (Dr. Vorberg.)

Gegen entzündliche Erkrankung, auch gegen Blinddarmentzündung soll das Retterspitzwasser Wunder wirken. Es ist vor 1½ Jahren von der Kurpfuscherin Retterspitz aus Fürth vertrieben worden. Die Erben geben es zum Preise von 4·50 M. pro Liter ab. Es dürfte wahrscheinlich ein Gemisch aus einem aromatischen Wasser nach Art der sog. weißen Arkebusade mit einem vermutlich der Milch entstammenden Eiweißstoffe sein. (Dr. Zernik, „Deutsche med. Wochenschrift".)

Bei zahlreichen Frauenleiden sollen Burkhardts Kräuterpillen sehr gute Dienste leisten. Proben werden an die Hausfrauen verteilt. Sie kosten 2·50 M. Nicht für Kinder! Die Pillen bestehen aus Aloe, Kapsikumpulver, Mehl und Zucker und eventuell etwas indifferentem Pflanzenpulver. Daneben enthalten sie noch geringe Mengen von Mandragurawurzel, die bekanntlich ein dem Atropin nahestehendes Mydriatikum enthalten. (Dr. Zenik, „Deutsche med. Wochenschrift".)

Zu den bekannten Geheimmitteln gehören auch Ungers Sicherheitsovale. Sie bestehen nach Dr. Aufrecht aus 0·035 Borsäure, 0·015 schwefelsaurem Chinin, 0·003 Chinosol und Kakaoöl.

Auch auf die Geburt erstreckt sich die Kurpfuscherei. Kuhne lehrt: „In allen Fällen von Geburtskomplikationen ist es das Ratsamste, alles der Natur zu überlassen." Sogar ein Geheimmittel gibt es, welches die Entbindung erleichtern soll. Nach Dr. Vorberg erleichtert es höchstens den Geldbeutel. Es heißt Spezial-Ambrosia und besteht nach der Analyse des Dresdener Untersuchungsamtes aus Schweinefett und Kümmelöl. 125 *g* dieser wertvollen Mischung kosten nur 3·75 M.

Ganz besonders scharf haben es „natürlich" die Naturheilärzte auf das Operieren. Die „Deutsche Warte" schreibt: „Wer wollte sich noch darüber wundern, daß die Medizin immer chirurgischer wird und häufig das Glied fortschneidet, was sie nicht zu heilen vermag. Der Fluch des Extrems lastet auch auf der Chirurgie, namentlich bei Frauenleiden. Das Messer hat im Körperinnern nichts zu suchen. Hier ist das unblutige Verfahren von der Natur deutlich vorgezeichnet." Der bekannte Pastor Felke, der Unterleibsbäder in dünnschlammigem Lehm verordnet, gibt vor, auf diese Art Krebs zu heilen. Das Konsistorium verbot ihm dies, was ihn aber nicht hindert, 10.000 M. jährliches Einkommen zu haben und Personen aus der nächsten Umgebung der Kaiserin etc. zu behandeln. Ein anderer Naturheilkundiger verschrieb einer Frau, welcher wegen Unterleibskrebs dringend die Operation angeraten wurde, homöopathische

Kügelchen. Die Frau starb nach qualvollem Leiden. Ausnahmsweise wurde hier der Übeltäter erwischt und zu 9 Monaten Gefängnis verurteilt. Ein viel annonciertes Mittel gegen Krebs ist das Stroopsche Mittel. Es besteht aus drei Pulvern, welche in bestimmten Zwischenräumen einzunehmen sind. Für diese wird ein Betrag von 10 M. durch Nachnahme eingehoben. Das Mittel muß unter allen möglichen Prozeduren, die an mittelalterliche Zustände erinnern, eingenommen werden. Es hat sich sogar ein Arzt gefunden, welcher Gutachten über dieses vollkommen wertlose Mittel, vor dem der „Karlsruher Gesundheitsrat“ warnt, schreibt und veröffentlicht. Nach der „Pharmazeutischen Zeitung“ besteht es aus Bitterklee. Daß über solche Prozeduren der richtige Moment zur Operation versäumt wird und so manches Leben einem allzufrühen Tode anheimfällt, braucht wohl hier nicht erwähnt zu werden.

Nur als Kuriosum sei noch zum Schlusse darauf hingewiesen, daß der Pfarrer Kneipp, welcher seine Mittel als sicher wirkend gegen Krebs empfahl, selbst an Krebs starb. Sein Arzt, Dr. Baumgarten, schreibt: „Er aß die schwere Dienstbotenkost, und er aß viel, weil er einen guten Appetit hatte. Dann saß er 6—7 Stunden in der Sprechstunde, nun staute sich die Sache im Leibe und so bildete sich aus der Bauchdrüse heraus eine Krebsgeschwulst.“ Diese Ätiologie des Naturheilarztes spricht wohl Bände.

Bücherbesprechungen.

G. Leopold und **Th. Leisewitz**, Geburtshilficher Röntgenatlas. 100 Tafeln in Lichtdruck mit begleitendem Text; deutsch, englisch, französisch. 1. Lieferung, Tafel 1—10 mit Text. Dresden 1908, v. Zahn & Jaensch.

Die erste Aufgabe, die ein Atlaswerk zu erfüllen hat, ist die, gute Tafeln zu bieten. Und dieser Forderung wird die erste Lieferung des vorliegenden Röntgenatlas in ganz hervorragender Weise gerecht. Es sind durchaus vortreffliche Röntgenbilder, die hier in vollendeter Weise reproduziert wurden. Die bunte Folge der Bilder bannt die Gefahr der Eintönigkeit.

Die drei ersten Tafeln, von aktuellstem Interesse, zeigen hebosteotomierte Becken, und zwar 25 Tage, 20 Tage, 21 Monate post operationem. Die beiden ersten lassen einen etwa fingerbreiten Knochenspalt klar erkennen. Das dritte Becken zeigt vollständige Ossifikation, und bloß eine geringe Prominenz des absteigenden Schambeinastes markiert die Stelle des ehemaligen Kallus. Alle drei Becken sind im Röntgenbilde als pathologische Becken erkennbar. Von ganz besonderem didaktischen Werte sind die beiden folgenden Tafeln. Sie zeigen das allgemein verengte, plattrachitische Becken einer Gebärenden, zunächst mit in Beckenmitte befindlichem Schädel, sodann eine Stunde später, bei Preßwehen aufgenommen, mit zwischen Beckenmitte und Beckenausgang befindlichem Schädel. Sehr gut gelungen sind auch die Skelettaufnahmen eines ausgetragenen Kindes, eines Dicephalus dibrachius sowie eines Dipygus parasiticus. Für den Studenten überaus lehrreich ist Tafel IX, eine doppelseitige Klavikular- und einseitige Humerusfraktur darstellend. Den Schluß macht das injizierte Gefäßsystem eines etwa 9 Monate alten Fötus, wobei sich die Technik auf ihrer vollen Höhe zeigt. Bis in die feinsten Verzweigungen sind die Arterien zu verfolgen. Speziell diese Tafel müßte als stereoskopische Doppelaufnahme in kleinerem Format famos wirken.

Das originelle Werk wird von Lehrern und Lernenden gleich dankbar aufgenommen werden und soll in seinem weiteren Erscheinen nach Gebühr verfolgt und in dieser Rundschau besprochen werden. Frankl.

J. Borntraeger, Diätvorschriften für Gesunde und Kranke jeder Art. Fünfte, verbesserte und erweiterte Auflage. Würzburg 1908, Curt Kabitzsch (A. Stubers Verlag).

Alltägliche Erfahrung lehrt die Wichtigkeit diätetischer Therapie als wesentlichen oder unterstützenden Teil ärztlichen Handelns und rechtfertigt die Bedeutung, die die

Ausbildung dieses Zweiges moderner Therapeutik zusehends gewonnen hat. Dem Bedürfnisse, den Ergebnissen dieser Forschungen gerecht zu werden, sucht Borntraegers Werkchen, das nunmehr in fünfter Auflage vorliegt, entgegenzukommen. Im Inhalt durchaus den neuesten Erfahrungen entsprechend, ist es dem unmittelbaren Gebrauche in der Sprechstunde und am Krankenbette angepaßt. Die einzelnen Vorschriften sind klar und verständlich abgefaßt und können dem Patienten in Zettelform direkt eingehändigt werden. Die Möglichkeit, im speziellen Falle Abänderungen anzubringen, ist gegeben. Sämtliche Regimes sind berücksichtigt, dem Gynaekologen werden die in dieser Auflage zum Teil neu bearbeiteten Vorschriften, betreffend die Diät der Schwangerschaft, des Wochenbettes, der Ammen und des Säuglingsalters, die Diät bei Fieber und Nephritis besonders willkommen sein. Jede der Vorschriften ist zudem auch in Einzelblocks zu je sechs Stück erhältlich. Der Verfasser kann seine Absicht, den Ärzten in ihrer oft schwierigen Position als Ratgeber auf diätetischem Gebiete ein Hilfsmittel zu bieten, wohl als erreicht betrachten. H. Thaler-Wien.

Brugsch und **Schittenhelm**, Lehrbuch der klinischen Untersuchungsmethoden. Mit einem Beitrag: Klinische Bakteriologie, Protozoologie und Immunodiagnostik, von Dr. J. Citron, Berlin. Mit 341 Textabbildungen, 5 schwarzen und 4 farbigen Tafeln. Urban & Schwarzenberg, Berlin und Wien 1908.

Die Autoren bemühten sich mit Erfolg, die modernen, zur Zeit gebräuchlichen und die alterprobten klinischen Untersuchungsmethoden vom physiologischen Standpunkte darzustellen. Es geschah dies sehr zum Vorteile des umfangreichen Werkes, da es sonst kaum möglich gewesen wäre, die 16 Kapitel, welche eigentlich nahezu das ganze Untersuchungsgebiet aller Spezialfächer in den Hauptzügen umfassen, einheitlich zu bearbeiten. Den Schwerpunkt legen die Autoren mit Vorbedacht auf das Technische der Untersuchungsmethoden und es muß anerkannt werden, daß es ihnen gelungen ist, mit kurzen Worten oft recht schwierige Technizismen klarzumachen. Es gilt dies in ganz besonderem Maße von der Untersuchung von durch Punktion gewonnenen Flüssigkeiten, der Untersuchung mit Röntgenstrahlen, der Harnanalyse und der Stoffwechseluntersuchung, vor allem der Blutuntersuchung. Der kurze Abriß aus der Immunodiagnostik ist die instruktivste und leichtest verständliche kurze Darstellung dieser Materie für den Anfänger, die ich kenne. Und das ist hoch anzuschlagen, da sich bekanntlich die meisten Darstellungen der Serumdiagnostik in endlosen Theorien ergehen, all den Ballast überwundener Auffassungen mitziehen und dem Leser Verwirrung statt Klarheit verschaffen. Hier ist auch die Wassermannsche Reaktion und die opsonische Technik gebührend gewürdigt, was den Lesern gewiß sehr willkommen sein wird. Das Kapitel über Blutuntersuchung gewährleistet durch Text und Tafel gleichfalls rascheste Orientierung über Technik und Diagnostik. Die neuen vortrefflichen Färbemethoden sind allenthalben berücksichtigt.

Das Buch ist nicht nur für den Internisten, sondern auch für jeden Spezialisten, der sein Fach wissenschaftlich betreibt, ein überaus verläßlicher Ratgeber. Es ist von drei Autoren verfaßt, die nicht am Schreibtisch, sondern am Krankenbett und Laboratoriumstisch ihr Wissen gesammelt, denen eigene Erfahrungen über die Wahl der Untersuchungsmethoden zur Verfügung stehen und die überdies das zu Besprechende knapp und klar darzustellen wissen. Der Verlag hat das umfangreiche Werk vorzüglich ausgestattet. Krause.

Sammelreferate.

Bakteriologie des weiblichen Genitalkanales.

Sammelreferat von Dr. **Brink**, Braunschweig.

1. J. Veit: **Kaiserschnitt bei Infektion der Eihöhle.** (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., XXVI, H. 1.)
2. Prof. Dr. G. Raineri: **Infektionswege des Fruchtwassers. Über den Durchgang der Bakterien und Toxine durch die Eihäute.** (Gyn. Rundschau, 1907, Nr. 23 u. 24.)

3. P. Rissmann: **Adstringentien und prophylaktische Scheidenspülungen.** (Gyn. Rundschau, 1907, Nr. 19.)
4. H. Thomson: **Über puerperale Staphylokokkeninfektion.** (Gyn. Rundschau, I, pag. 6.)
5. Dr. Hugo Neuhäuser: **Über Aktinomykose der weiblichen Genitalien.** (Deutsche med. Wochenschr., 1907, Nr. 36.)
6. Dr. Franz Cohn: **Zur Ätiologie und Therapie der Beckenexsudate.** (Arch. f. Gyn. u. Geburtsh., LXXXII.)
7. Dr. Th. H. van de Velde: **Blastomyzeten und Entzündungen der weiblichen Genitalien.** (Zentralbl. f. Gyn. u. Geburtsh., 1907, Nr. 38.)
8. Dr. W. Zangenmeister: **Über die Aussichten der aktiven und passiven Immunisierung des Menschen gegen Streptokokken.** (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., XXVI. H. 2.)

Gelegentlich seiner Abhandlung über einige Fälle von Kaiserschnitt bei Infektion der Eihöhle äußert sich Veit über die Bewertung der gewöhnlichsten Infektionserreger des weiblichen Genitalkanales folgendermaßen:

Er unterscheidet von den hier in Betracht kommenden Keimen zunächst die Fäulniskeime, die in der Uterushöhle bei glattem Abfluß der Sekrete keine nennenswerten Erscheinungen machen. Anders in der Bauchhöhle. Findet sich für sie keine günstige Gelegenheit zur Entwicklung, z. B. totes Material in Gestalt von Fruchtwasser oder Gewebsteilen, so wird das gesunde Peritoneum ohne weiteres mit ihnen fertig. Ohne besondere Erscheinungen werden sie vernichtet und auch ohne operativen Eingriff kann Heilung erfolgen. Findet sich aber ein geeigneter Nährboden, so entwickeln sie sich, zumal bei behindertem Abfluß, aber ohne erhebliche lokale Reaktionen.

Es kann bei der Autopsie das Peritoneum „spiegelnd glatt“ sein. Als Charakteristikum fehlt ihnen die progrediente Entzündung. Nur die Menge des resorbierten Toxins entscheidet über das Schicksal der Patientin.

Gewisse Eigenschaften mit ihnen gemeinsam haben die minder virulenten oder abgeschwächten Streptokokken, wie sie als harmlose Bewohner der Scheide zu finden sind, aber unter gewissen Bedingungen in hochvirulente Formen übergehen können. Der Körper reagiert auf sie im Gegensatz zu den Saprophyten mit einer reaktiven Entzündung, beide aber wachsen auf absterbendem Gewebe und zersetzen dasselbe. Im Gegensatz zu den hochvirulenten Keimen halten sie sich am Gewebswiderstand und wachsen nicht bis ins Unendliche. Finden sie z. B. in der Bauchhöhle keinen geeigneten Nährboden, so entsteht eine umschriebene Peritonitis und ihrem Wachstum ist bald eine Grenze gesetzt; finden sie hingegen einen solchen, so gehen sie in die virulenteren Formen über und es entsteht die diesen Keimen charakteristische Peritonitis. Man verhält sich ihnen gegenüber ebenso wie gegenüber den Saprophyten, indem man die Bauchhöhle frei von totem Material hält. Bessere Nährböden und weniger Abwehrmaßregeln finden sie in den Weichteilwunden. Die Lebensgefahr für die Patientin ist nicht groß, aber es entstehen lokale Eiterungen mit allen ihren eventuellen Folgen. Könnte man sie ohne weiteres von den Saprophyten unterscheiden, so würde man von vornherein geeignete Vorkehrungen treffen, so aber bestimmt der Wundverlauf dieselben. Bei der dritten Form, den hochvirulenten Streptokokken, sind alle Maßnahmen vergeblich, vielleicht mit Ausnahme der Serumbehandlung. „Weder die Bauchhöhle noch die Bauchwunde werden sonst mit ihnen fertig.“

Unter genügender Würdigung der einschlägigen Literatur kommt Raineri auf Grund seiner eigenen Versuche über die Infektionswege des Fruchtwassers und den Durchgang der Bakterien und Toxine durch die Eihäute zu dem Resultat, daß bei drei normalen Eihäuten sowohl für Keime wie für Toxine ein Durchwandern, wenigstens für die von ihm verwandten Kulturen und Lösungen, nicht stattfindet. Er experimen-

tierte zunächst mit normaler menschlicher und tierischer Eihaut an einem Apparate, wie er zur Bestimmung osmotischer Durchgängigkeit tierischer Membranen benutzt wird, weiter aber auch am trächtigen Kaninchen, indem er durch Laparotomie den einen Eipol ohne Verletzung der Eihäute freilegte und in Kulturen und Toxinlösungen tauchte. Nach einiger Zeit wurde das Fruchtwasser in einwandfreier Weise entnommen und untersucht. Das Resultat war das gleiche. Erst nach einer ziemlich bestimmt langen Zeit tritt bei den in vitro vorgenommenen Untersuchungen Permeabilität ein, und zwar für Toxine bedeutend schneller wie für die Bakterien. Maßgebend scheint dabei die Dicke der Membran zu sein. An mikroskopischen Schnitten konnte er feststellen, daß der Durchtritt der Bakterien hauptsächlich in den interzellulären Zwischenräumen stattfindet. Unter eingehender kritischer Berücksichtigung aller möglichen Abweichungen und scheinbarer Kontroversen mit den klinischen Erfahrungen zieht er den Schluß, daß bei unversehrter Eihaut das Eindringen der Keime und daher Infektion und Zersetzung des Fruchtwassers unmöglich ist. Erfolgt trotzdem eine Infektion des Fruchtwassers, so besteht entweder eine Läsion, wenn auch nur einer Eihaut, wie sie unter mehr oder weniger physiologischen Verhältnissen häufig vorkommt, oder die Häute sind pathologisch verändert und infolgedessen durchgängig. Abgesehen von primären Erkrankungen, erleiden die Membranen nach dem Fruchttode tiefgreifende Veränderungen und damit eine Permeabilität für Keime und Toxine von außen in die Eihöhle und umgekehrt in den mütterlichen Organismus. So ist wohl auch das sogenannte Wehenfieber zu erklären, das man in einzelnen derartigen Fällen auftreten und nach der Geburt plötzlich und ohne irgendwelche Intervention verschwinden sah. Es lassen sich also eine ganze Reihe scheinbarer Widersprüche klinischer Beobachtungen mit seinen experimentellen Ergebnissen in Einklang bringen.

Aber auch für das therapeutische Verhalten ergeben sich mancherlei Gesichtspunkte, insofern eine schwere infektiöse Form eine energischere Hilfe erheischt als eine leichte, vorübergehende Intoxikation. In beiden Fällen wird aber der bakteriologische Befund von nicht zu unterschätzendem Werte sein.

Die Bakterienflora bei pathologischen Scheidensekreten in der Schwangerschaft, in gewissen Fällen bei Geburten und im Wochenbett glaubt Rissmann durch Scheidenspülungen mit sauren, adstringierenden Lösungen günstig beinflussen zu können, weil dabei einmal mechanisch viele Mikroorganismen entfernt, die physiologische Reaktion des Sekretes nicht alteriert und infolgedessen die Schleimhautepithelien sicher nicht geschädigt werden; weil ferner die normale Bakterienflora dadurch gut und die pathologische schlecht gedeihen wird. Die verschiedensten therapeutischen Überlegungen haben ihn zu der Anwendung von Adstringentien, und zwar der sauer reagierenden veranlaßt. Er benutzte dazu Argentamin, Alsol und Jod. trichlor. Vor allen Dingen rühmt er dem letzten Mittel eine entschiedene Wirkung nach. Indessen sind seine Zahlen noch zu klein, um ein abschließendes Urteil abgeben zu können, und gibt praktische Ratschläge für eine nach dieser Richtung hin abzufassende Statistik.

Den wenigen Fällen von puerperaler Staphylokokkeninfektion reiht Thomson einen eigenen an, der unter zeitweise äußerst stürmischen Erscheinungen sich über sechs Wochen hinzog. Die bakteriologische Untersuchung des Lochialsekretes ergab Staph. pyogenes aureus fast in Reinkultur und nur bei wiederholten Untersuchungen vereinzelte Gonokokken, denen er aber bei dem Verlaufe keine besondere Bedeutung beimißt. Die Blutuntersuchung fiel negativ aus, Metastasen traten nicht auf, und nur eine ganz unbestimmte, unbedeutende Resistenz ließ sich durch Palpation vom rechten Scheidengewölbe aus feststellen. Obwohl er den Fall als eine reine Staphylokokken-

infektion anspricht, verzichtete er dennoch auf eine spezifische Behandlung wegen der noch sehr zweifelhaften experimentellen Erfahrungen mit dem Antistaphylokokkenserum.

Einen recht seltenen Fall, einen Fall von Aktinomykose der weiblichen Genitalien. beschreibt Neuhäuser. Zunächst erschien es ihm sehr zweifelhaft, ob die weitgehenden Zerstörungen und Abszeßbildungen im Becken überhaupt von den Genitalien ausgegangen wären, während der operativen Behandlung neigte er mehr zu einer sekundären Aktinomykose vom Darmtraktus ausgehend. Indessen fand sich bei der späteren Autopsie an keiner einzigen Stelle eine deutliche primäre aktinomykotische Erkrankung der Darmschleimhaut. Vielmehr ließen der intakte Wurmfortsatz und die sonstigen Veränderungen am Darm — Durchbruch von außen in das Darmlumen und Arrosion von außen bis auf die Mukosa — den zuerst angenommenen Infektionsweg zum wenigsten zweifelhaft erscheinen.

Wie mannigfaltig die Bakterienflora des weiblichen Genitales wie der nächsten Umgebung sein kann, zeigen die interessanten Befunde, die Cohn durch Probepunktion bei Beckenexsudaten erheben konnte. Außer den Streptokokken fanden sich Pneumokokken, Staph. pyogenes albus und Gonokokken; an Bazillenformen ein bisher unbekannter Bazillus, der dem Xerosebazillus am nächsten steht, der Bacillus funduliformis, der Pseudodiphtheriebazillus, der typische Influenzabazillus und das Bacterium lactis aerogenes. Wie weit dieselben allerdings aus dem weiblichen Genitale stammen und wie weit sie als die wirklichen Krankheitserreger anzusehen sind, läßt er in den einzelnen Fällen oft unentschieden.

Mehr als bisher geschehen, sucht Van de Velde die Aufmerksamkeit der Gynaekologen auf das Vorkommen der Hefepilze in den weiblichen Genitalien und deren Zusammenhang mit den verschiedensten Erkrankungen zu lenken. Dabei stellten sich von rein technischer Seite mancherlei Schwierigkeiten ein, weil das Gebiet der Blastomyzeten bisher noch wenig bearbeitet ist. So ergeben sich Resultate, die für den Bakteriologen von großem Interesse sind. Für den Gynaekologen wichtig konnte Van de Velde feststellen, daß in den gesunden weiblichen Genitalien Blastomyzeten nicht vorkommen, dagegen in einer nicht unerheblichen Anzahl von Erkrankungen. Die größte Anzahl betraf akute Entzündungen der Zervixschleimhaut mit Kolpitis und Vulvitis oder Verschlimmerung von schon vorher bestehenden chronischen, infektiösen, speziell gonorrhoischen Zuständen. In einigen wenigen Fällen, wo der ursächliche Zusammenhang nicht einwandfrei hat festgestellt werden können, trotzten die Hefezellen allen sonst üblichen Behandlungsweisen, während die Begleitbakterien und Kokken stetig wechselten. Erst als Salizyllösungen, also ein für Hefe spezifisches Antiseptikum angewandt wurden, sistierte der eitrige Fluor. In zwei Fällen konnten in Ovula Nabothi Reinkulturen festgestellt werden, und zwar betraf einer dieser eine Bäckersfrau. Bei 9 von 18 Fällen war plötzlich, während sie teilweise schon in der Behandlung des Verfassers gestanden hatten, eitriger Ausfluß aufgetreten. Als Infektionsquelle konnte das Wasser festgestellt werden, mit dem die Patienten Scheidenspülungen resp. Genitalwaschungen vorgenommen hatten. Infektionsversuche bei Tieren fielen positiv aus, ebenso erkrankten zwei Ehemänner an einer in jeder Weise einwandfrei erwiesenen Balanitis. Die Infektionsquelle konnte ziemlich exakt nachgewiesen werden. Während z. B. bei Benutzung des Harlemer Leitungswassers keine einzige Infektion erfolgte, traten solche ein bei bestimmten Brunnen und Quellen. Auch die übliche Abkochung des Wassers hatte scheinbar wenig genutzt, ein Zeichen der Resistenz der Hefezellen. Eine Frau bekam während der Laktation eine Mastitis, in

der Milch konnten nach jedem Fieberanstieg Hefezellen nachgewiesen werden und das Kind erkrankte an einer spezifischen Enteritis blastomyzet. Die Mutter zeigte nach längst abgeheilter Mastitis die typischen katarrhalischen Genitalaffektionen mit dem allen drei Erkrankungen spezifisch typischen Stamm. Eine andere Patientin hatte offenbar von einem stark hefezellenhaltigen Stuhlgange spezifische Vulvitis und Kolpitis akquiriert.

Ein häufiges Auftreten einer Blastomykose war bei chronischer Gonorrhöe zu konstatieren, und zwar übte sie einen günstigen Einfluß auf das primäre Leiden aus. Ebenso trat sie verhältnismäßig oft in Vagina und Zervix Schwangerer auf und erzeugte im Wochenbett eine gleichartige Zystitis. Der Befund in zwei Fällen einer alten Saktosalpinx beweist, daß auch eine aszendierende Tendenz besteht. Auftreten im Fruchtwasser mit Fieber unter der Geburt und Absterben des Kindes, ferner der Blutbefund einer an Puerperalfieber verstorbenen Frau beweisen, wie ernst unter Umständen die Infektion werden kann. Weitere Befunde konnten erhoben werden bei zwei Kindern und jungen Mädchen mit einer Vulvitis und Kolpitis sowie bei einer Bartholinitis nach einer akuten Verschlimmerung eines chronisch gonorrhoischen Katarrhs mit auffallend reichlichem Hefebefund. In der Wand eines Uterus, den er wegen immer schlechter werdenden Allgemeinbefindens exstirpieren mußte, fanden sich zahlreiche kleine Abszesse mit blastomyzetenhaltigem Eiter. Das makroskopische Aussehen von derartig erkrankten Organen erinnert in mancher Beziehung sehr an Tuberkulose, ebenso konnte eine Pyelonephritis und Zystitis eine derartige Erkrankung vortäuschen. Es waren indessen nie Tuberkelbazillen, wohl aber neben Diplokokken eine große Zahl Hefezellen nachzuweisen. Weiter erwähnt er Befunde von einer foudroyant verlaufenden Peritonitis nach vaginaler Totalexstirpation wegen Karzinom, wo sich neben Bakt. coli auch Blastomyzeten fanden, sowie den Blutbefund einer Kranken mit inoperablem Karzinom im Stadium des septischen Fiebers.

In zwei weiteren Fällen von Sepsis führt er auf Grund seines Blutbefundes bei dem einen die Infektion auf eine akute Adnexerkrankung zurück, den anderen sieht er als eine sog. kryptogenetische Septikämie an.

Nach Zangemeisters früheren Untersuchungen über Streptokokken und Streptokokkenimmunität (vgl. das Sammelreferat der Rundschau für die Literatur von 1906) besteht eine Arteinheit der verschiedenen Stämme. Scheinbar anders konstituierte Stämme lassen sich durch geeignete Verfahren umzüchten, d. h. die Stämme besitzen die Seitenketten (Rezeptoren), aber vielleicht in einem nur wenig entwickelten, latenten Zustande, und erst durch entsprechende Kultur, Tierpassage etc. werden sie ausgebildet und kommen nunmehr zur Wirkung. Der Stamm wird also dadurch eventuell erst für eine bestimmte Tierart pathogen gemacht. Aber auch umgekehrt kann eine für eine Tierspezies pathogene Streptokokkenart durch Passage bei einer anderen Spezies ihre ursprüngliche Pathogenität einbüßen. Bei der Immunisierung antwortet der Körper des zu immunisierenden Tieres mit der Bildung der Antikörper (Immunkörper) von außerordentlich hoher Spezifität. Wie also derselbe Stamm I für eine Species A hochpathogen und für eine Spezies B auch in hohen Dosen gänzlich unwirksam sein kann und ein Stamm II umgekehrt, so ist auch das durch Immunisierung bei der Spezies A mit dem ihr pathogenen Stamm I gewonnene Immunserum wohl wirksam bei der Spezies A, nicht aber bei der Spezies B; und umgekehrt bei Immunisierung mit dem für Spezies B pathogenen Stamm II. So erklären sich seine Resultate und Differenzen bei seinen Versuchen mit verschieden pathogenen Stämmen und damit erzeugten Immunseren. Für eine wirksame Immunisierung ist also zunächst

erforderlich die Pathogenität des Stammes für das zu immunisierende Tier. Wie zwischen tier- und menschenpathogenen Stämmen ein durchgreifender Unterschied besteht, besteht auch ein Unterschied zwischen den entsprechend gewonnenen Immunseren, der sich äußert in ihrer Wirksamkeit. Nach der Ehrlichschen Theorie ist dies zu erklären durch das Vorhandensein verschiedener Rezeptoren (Seitenketten) der Streptokokken und dadurch erzeugter spezifischer Immunkörper. Daraus erklären sich die verschiedensten fehlgeschlagenen Versuche mit unseren Handelsseren.

Eine weitere Bedingung für die Immunkörperbildung ist die Lebenstätigkeit der Streptokokken. Abgetötete Streptokokken verleihen dem Tiere keine Immunität, selbst nicht gegen eine die Dosis letalis minima wenig übersteigende Menge von lebenden Streptokokken. Andrerseits vertrug ein Kaninchen das Sediment von einem Viertelliter abgetöteter Kultur ohne Schaden, während ein Minimum lebender den Tod herbeiführte. Ferner muß die Reaktion bei der Immunisierung, wenn sie wirksam sein soll, eine sehr schwere sein, so daß viele Versuchstiere dabei zugrunde gingen. Zudem besteht eine Überempfindlichkeit für Streptokokkeninfektion, wenn sich die Tiere von der Immunisierungserkrankung noch nicht genügend erholt haben, und dieses Zeitintervall ist individuell sehr verschieden. Demnach sind die Aussichten für eine wirksame aktive Immunisierung des Menschen zur Zeit nur sehr gering.

Günstigere Aussichten bietet die passive Immunisierung. Tiere sind auf diese Weise gegen ein Vieltausendfaches der tödlichen Dosis mit Erfolg immunisiert, und gegen eine bereits ausgebrochene Infektion verlieh die Methode passiven Schutz. Die gleichen Prinzipien mit Erfolg auch bei menschlichen Erkrankungen anzuwenden, verbietet der Mangel eines allen obigen Forderungen genügenden Serums. Es fehlt zunächst noch eine Tierart, für die die menschenvirulenten Streptokokken in gleicher Weise virulent sind. Ferner muß das dritte Postulat für die wirksame Bindung der Toxine durch ein komplexes Serum, wie es das Antistreptokokkenserum ist, das Komplement, ein für den Menschen spezifisches sein und kann nicht ohne weiteres durch eine andere Spezies ersetzt werden. Keines unserer im Handel befindlichen Seren kommt aber diesen Bedingungen nach, ihre Wirkung ist also rundweg abzulehnen. Ein allen Anforderungen gerecht werdendes Serum findet sich bei Rekonvaleszenten nach schwerer Streptokokkeninfektion, die sich aber bereits genügend wieder erholt haben müssen. Indessen sind die Versuche noch zu gering, als daß sie schon ein Urteil zuließen.

Aus fremdsprachiger Literatur.

Aus der dänischen Literatur.

Von Primararzt Dr. **N. P. Ernst**, Kopenhagen.

N. P. Ernst, Om Radikaloperationer for cancer uteri. (Über Radikaloperationen wegen Uteruskrebs.) Ugeskr. f. Laeger, 1907, Nr. 33.

Verf. befürwortet die abdominelle Methode nach Wertheim, die er in zwei Fällen verwendet hat.

N. Muus, Tangforlösning ved höjtstaaende Hoved. (Zangenentbindung bei hochstehendem Kopfe.) Vortrag im Verein f. Gynaekol. u. Obstetrik zu Kopenhagen. Ugeskr. f. Laeger, 1907, Nr. 38.

M. fürchtet die Wendung wegen Ruptura uteri; bei hochstehendem, nicht rotiertem Kopfe macht er daher — wenn künstliche Entbindung indiziert ist — Zangenentbin-

dung nach manueller Rotation und Flexion des Kopfes. Er hat die Methode 10mal mit bestem Erfolg versucht.

Diskussion: Esmann hat die Methode mit Erfolg verwendet in zwei Fällen, in denen er erst vergebens die Extraktion des unrotierten Kopfes versucht hat.

Leop. Meyer ist in der Hauptsache mit Muus einverstanden.

V. Albeck, Pyelitis i Svangerskab, Födsel og Barselseng. (Pyelitis in Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett.) Hosp. Tid., 1907, Nr. 33ff.

Der Vortrag, der in der Medizinischen Gesellschaft zu Kopenhagen gehalten wurde, ist ausführlicher in der Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., 1907 wiedergegeben.

Diskussion: Th. Rovsing: Die Hauptgefahr ist die konsekutive, parenchymatöse, infektiöse Nephritis; das ganze Krankheitsbild wiederholt sich in den folgenden Schwangerschaften. Er bestreitet, daß die Infektion immer eine aszendierende ist. Er versteht unter Schwangerschaftspyelitis eine Pyelitis, bei welcher Druck von dem wachsenden Uterus eine zunehmende Retention in pelvis und damit das eigentümliche Krankheitsbild hervorruft.

Leop. Meyer hat mehrere Fälle gesehen, wo in einer Schwangerschaft eine ernsthafte Pyelitis bestand, während in den folgenden nur leichte Pyelitiden bestanden.

Kn. Faber versteht unter Schwangerschaftspyelitis irgend eine Pyelitis bei Schwangeren; sie kann verschiedene Ursachen haben, eine davon ist vielleicht Druck auf den Ureter.

Leop. Meyer, Zwei Fälle von Cancer uteri bei der Geburt. Vortrag im Verein f. Gyn. u. Obstetrik zu Kopenhagen. Ugeskr. f. Laeger, 1907, Nr. 46.

In der kgl. Entbindungsanstalt in Kopenhagen ist diese Komplikation bei weitem nicht so häufig, wie sonst angegeben wird. Die Geburt verlief in beiden Fällen spontan.

Eller Höeg, Et Tilf. af Sect. caes. post mortem med levende Barn. (Ein Fall von Sectio caesarea post mortem mit lebendem Kinde.) Hosp. Tid., 1907, Nr. 46.

Die Mutter im Krankenhause an Morbus cordis gestorben. Sect. caes. 3 Min. post mortem. Kind leicht asphyktisch. 46 *cm*, 2360 *g*. In der dänischen Literatur finden sich nur zwei Fälle von Sectio caesarea post mortem mit lebendem Kinde. Lex regia gilt nicht in Dänemark.

Vereinsberichte.

Geburtshilflich-gynaekologische Gesellschaft in Wien. Sitzung vom 28. Jänner 1908. Vorsitzender: Schauta; Schriftführer: Regnier.

I. Schauta: Über den Fasziequerschnitt.

Ich hatte vor einigen Jahren Gelegenheit, hier über die Erfahrungen mit dem Küstnerschen Querschnitte kurz zu berichten und habe mich damals über denselben lobend geäußert. Ich habe die Vorteile desselben auseinandergesetzt und auch eine größere Reihe von Operationen angeführt, die ich mit dem Küstnerschen Querschnitte begann. Seitdem habe ich eine andere Art der Ausführung des Querschnittes, und zwar nach Pfannenstiel kennen gelernt und nun, da ich Erfahrungen über beide Arten von Querschnitten besitze, habe ich die Pflicht, zu erklären, daß ich den Pfannenstielschen Querschnitt weit höher stelle als den Küstnerschen, und jenen seit Oktober 1906 fast ausschließlich ausführe. Ich habe denselben in ca. 140 Fällen

an der Klinik und in der Privatpraxis ausgeführt und erlaube mir nun ganz kurz, diesbezüglich meine Erfahrungen mitzuteilen.

Die Technik des Faszienquerschnittes dürfte Ihnen allen bekannt sein und ich will Sie daher mit derselben nicht ermüden, sondern nur dasjenige anführen, was als Modifikation von anderen akzeptiert und von mir selbst angewendet wurde. Die Unterschiede zwischen beiden Operationsmethoden bestehen darin, daß man beim Küstnerschen Schnitt die Haut über der Symphyse quer spaltet, dann nach oben einen Lappen von der Faszie abpräpariert, die übrigen Schichten aber wie gewöhnlich median durchtrennt, während beim Pfannenstielschen Faszienquerschnitte die Haut und Faszie quer durchtrennt werden und ein Lappen von der Muskelschichte abpräpariert und nur Muskel und Peritoneum längs eröffnet werden. Es erscheint auf den ersten Blick — theoretisch wenigstens — ganz merkwürdig, daß man durch einen Schnitt quer in der Faszie eine solche Übersicht über das Operationsterrain gewinnen soll. Wenn man aber, wie es die Vorschrift sagt, den Faszienhautlappen von der Muskulatur nach aufwärts präpariert, ihn nach aufwärts schlägt und ihn ferner mittelst einer Naht an die Bauchdecken annäht — ein Vorgang, der auch von Krönig geübt wird —, so ist die Übersicht über das Operationsterrain eine ganz außerordentlich große und wir haben es dann nur mit dem Widerstande des Peritoneums und der Muskelschichte zu tun. Und so kann man einen Einblick in die Bauchhöhle gewinnen, der für die meisten Operationen ausreicht, und es vergehen daher oft Wochen, bis wir einmal den Längsschnitt ausführen. Die Technik des Faszienquerschnittes nach Pfannenstiel ist sehr kurz beschrieben. An der oberen Grenze der Schamhaare, meist in einer Falte, über der Symphyse wird ein Schnitt von 10, 12, bis 15 *cm*, manchmal noch länger, durch die Haut und durch das Unterhautzellgewebe angelegt, die Faszie über den Rektis gespalten. Dann gehe ich mit einer Schere unter der Faszie beiderseits ein, hebe dieselbe dadurch von der Muskulatur und erweitere dann den Schnitt in der Faszie in derselben Ausdehnung, die ich vorher dem Hauptschnitt gegeben; dann präpariere ich den Faszienhautlappen nach aufwärts, teils schneidend, teils stumpf in der Mittellinie, wobei sich der Lappen stumpf ablösen läßt. Der Lappen wird nun nach aufwärts geschlagen und mittelst einer starken Naht nach oben befestigt. Dann wird zwischen den beiden Musculis rectis stumpf eingegangen und das Peritoneum eröffnet. Und nun kann man das ganze Operationsterrain bis zum Nabel besichtigen und die Operation ausführen.

Die Nachbehandlung nach der Operation ist eine sehr einfache; zunächst wird die Vereinigung des Peritoneums mittelst fortlaufender Naht vorgenommen, dann die der Muskularis mit 4—5 Catgutnähten, dann die der Faszie mittelst Seide, die der Haut mittelst Michelscher Klemmen. Die Heilung erfolgt meist per primam.

Der Vorteil der Operation besteht darin, daß man die Patientinnen viel früher als sonst aufstehen lassen kann; es geschieht dies meist am 8.—9. Tage, während man sie n ch der gewöhnlichen Laparotomie nicht vor dem 12. Tage aufstehen läßt. Man kann mit dem Liegenlassen der Operierten vielleicht noch weiter herunter gehen, doch möchte ich in dieser Richtung nicht zu weit gehen und mich nicht auf den Standpunkt stellen, den in neuerer Zeit Krönig einnimmt, der die Kranke nach 3 Tagen, oder sogar nach 6 Stunden aufstehen läßt. Ein weiterer Vorteil besteht darin, daß man die Binde weglassen kann, da man bei dieser Art der Operation die Hernienbildung nicht zu fürchten braucht. Die Asepsis ist hier eine sicherere als bei der gewöhnlichen Schnittführung, weil man die Darmschlingen, besonders bei ruhiger Narkose, nicht zu Gesicht bekommt. Schwankt die Narkose, so kann man mittelst einer Kompresse die Darmschlingen nach aufwärts drängen. Ein weiterer Vorteil, der bei diesem Faszienquerschnitt nicht zu unterschätzen ist, ist der kosmetische. Nach ganz kurzer Zeit post operationem sehen die Frauen von diesem Schnitte fast gar nichts und ich muß sagen, wenn die Frauen in meine Sprechstunde kommen, ich oft nicht weiß, welche Technik ich angewendet habe, da ich ihn nicht sehe, weil er oft ganz von den Schamhaaren überwachsen ist.

Was das Indikationsgebiet für den Faszienquerschnitt anlangt, so kann man die meisten Laparotomien mittelst desselben ausführen. Tumoren, welche Nabelhöhe nicht wesentlich überschreiten, können mittelst desselben entfernt werden. So zeige ich Ihnen hier einige sehr große Myome, die ich in letzter Zeit — ich besitze auch einige sehr große Tumoren von früher — mittelst des Faszienquerschnittes unverkleinert heraus-

gebracht habe. Ich könnte Ihnen solche große Tumoren in einer viel größeren Anzahl zeigen. Ganz besonders geeignet ist diese Operationsmethode bei konservierenden Operationen im kleinen Becken.

Als Kontraindikationen sind zu bezeichnen unklare Verhältnisse in bezug auf die Diagnose, Verdacht auf Darmkomplikationen sowie Verdacht auf Malignität. Ferner wende ich diese Operationsmethode auch nicht intentionell bei Eitertumoren an, da ich nicht weiß, ob nicht Eiterungen und unangenehme Fistelbildungen nach solchen Operationen entstehen können, wenn die Eiterung weit unter dem Hautfaszienlappen emporgreift, was ich bis jetzt allerdings noch nicht gesehen habe. Ich möchte deshalb — vorläufig wenigstens — bezüglich der Ausführung dieses Schnittes bei Eitertumoren meine Ansicht zurückhalten. Durch die Anwendung des Faszienquerschnittes hat sich die Indikationsstellung zwischen vaginalen und abdominalen Operationen beträchtlich verschoben. Während ich noch vor zwei Jahren ein begeisterter Anhänger der vaginalen Operationen war und die meisten Cöliotomien per vaginam ausführte, ist es heute umgekehrt geworden. Die außerordentliche Technik, die Raschheit und Ungefährlichkeit der Operation haben mich dahin gebracht, daß ich jetzt einfache Fälle, die ich sonst per vaginam operierte, auf diese Weise erledige. Ganz kleine Tumoren und besonders Fälle, wo es sich um eine Radikaloperation handelt, operiere ich per vaginam, alle anderen Operationen führe ich von oben aus.

Was die Erfolge unter den 140 Operationen — und so viele dürften es beiläufig sein —, die ich auf diese Weise ausgeführt habe, anlangt, so habe ich nur viermal Störungen in der Wundheilung gesehen, aber nicht in der Weise, daß etwa Fisteln entstanden sind und ich Inzisionen machen mußte, sondern es ist einfach die prima intentio ausgeblieben, die Wunde hat sich durch Granulationen geschlossen und die Narbe ist etwas breiter geworden. Aber auch hier sah ich keine Hernien. Ich muß mich ferner gegen den eventuellen Einwand wenden, daß dieser Faszienquerschnitt bei besonders dicken Frauen schwer ausführbar sei. Ich habe die Erfahrung gemacht, daß gerade bei dicken Frauen der Faszienquerschnitt nach Pfannenstiel (nicht der Küstnersche) vorzuziehen sei. So habe ich vor einem halben Jahre bei einer Frau, die ich Ihnen hier vorstelle, ein großes Myom, das sehr verwachsen war, operiert. Die Frau ist sehr dick und trotzdem ist die prima intentio tadellos eingetreten. Ich habe die Frau hierherbestellt, damit Sie sehen, wie schön die Narbe aussieht. Gerade die Furcht vor Baucheiterungen, die man bei fetten Personen hat — und diese Furcht ist nicht unbegründet — scheint bei dieser Operation wegzufallen, weil man einen glatten Schnitt von nicht bedeutender Länge hat und die Zellgewebswunde zwischen Faszie und Muskelschicht angelegt wird. Ich glaube, daß man dem Faszienquerschnitt einen breiteren Boden geben soll, als es im allgemeinen bis jetzt geschieht. Ich möchte daher bitten, daß die Kollegen uns ihre Erfahrungen über den Faszienquerschnitt und ähnliche Methoden mitteilen; ich habe heute deshalb diesen Vortrag gebracht, um die Meinung der Kollegen über diese Methode zu provozieren.

Diskussion:

Lihotzky: Ich kann die Erfahrungen, die Schauta mit dem Faszienquerschnitt nach Pfannenstiel gemacht hat, durchaus bestätigen. Ich übe diese Operation seit dem Sommer 1906 und habe zufällig heute eine Frau gesehen, welche ich im Jahre 1906 nach Pfannenstiel operiert habe. Leider bin ich nicht in der Lage, die Zahl der von mir Operierten anzugeben. Doch kann ich meine Beobachtungen dahin präzisieren, daß ich in keinem Falle eine Eiterung, nie Fistelbildung, nie Hernien nach der Operation zu beobachten Gelegenheit hatte. Was die Meinung Schautas anlangt, daß er im allgemeinen Eitertumoren nicht in den Schnitt einbezogen wissen wolle, so muß ich sagen, daß ich mich nicht gescheut habe, auch eitrige Tumoren auf diesem Wege zu operieren, auch Pyosalpinxsäcke, wenn sie geplatzt sind, haben keine bösen Folgen gehabt. Ich möchte ferner hinzufügen, daß man auf diesem Wege auch sehr gut Totalexstirpationen wegen Karzinom ausführen kann und möchte vielleicht nur eine Einschränkung machen bei schwer ausgebluteten Extrauteringraviditäten, wo wegen Lebensgefahr operiert werden muß und wegen Zeitersparnis manchmal ausnahmsweise der frühere Längsschnitt sich empfehlen würde. Im übrigen kann ich den Faszienquerschnitt auf das wärmste empfehlen.

Latzko: Auch ich übe den Faszienquerschnitt seit mehreren Jahren und halte ihn nach meinen Erfahrungen für eine wertvolle Bereicherung unserer Technik. Bei seiner Beurteilung hebt Hofrat Schauta drei Momente heraus: 1. den kosmetischen Effekt; 2. die verminderte Gefahr der Hernienbildung und 3. die Möglichkeit, „quasi extraperitoneal“ zu operieren, weil die Därme außerhalb des Operationsfeldes bleiben. Bezüglich des ersten Punktes halte ich es nur dann für möglich, ein kosmetisch einwandfreies Resultat zu erzielen, wenn man den Schnitt durchaus innerhalb der Haargrenze anlegt. Nur bei fetten Frauen darf man den Schnitt in die Falte oberhalb der Haargrenze legen. Will man große Tumoren oder Karzinome von einem Querschnitt aus operieren, so muß man, um Raum zu gewinnen, den Querschnitt beiderseits nach außen und oben über die Haargrenze hinaus verlängern, oder ihn von vornherein relativ hoch über den Pubes anlegen. Beides erlaubt dann, die ihrer Faszie entblößten Musculi recti in weiter Ausdehnung voneinander zu trennen, beides gibt gute Zugänglichkeit, aber — nach meinem Geschmack wenigstens — unschöne Narben. So begrenzt die Rücksicht auf das kosmetische Resultat die Anzeigen für den Faszienquerschnitt auf die Exstirpation kleinerer Tumoren, Korrektur von Lageveränderungen etc. Ein Bedürfnis, diese Anzeigen im Hinblick auf die geringere Herniengefahr des Faszienquerschnittes auszudehnen, habe ich nie empfunden. Ich übe bei medianen Laparotomien seit Jahren die Gersunysche Schnitt- und Nahtmethode, d. h. Ausschaltung der Linea alba durch Eröffnung beider Muskelscheiden und Vereinigung beider Musculi recti. Hernien kommen im Gefolge dieser Methode überhaupt nicht vor, wenn nicht Bauchdeckeneiterungen eintreten. Eiterungen kommen aber gelegentlich ebensowohl bei Quer- als beim Längsschnitt vor. Eine wesentliche Überlegenheit des Querschnittes über den Längsschnitt quoad Hernienbildung kann ich aber nicht zugestehen. Auch nach Längsschnitten lasse ich seit vielen Jahren keine Bauchbinde mehr tragen — ohne Schaden für die Kranken. Bezüglich des dritten von Hofrat Schauta hervorgehobenen Punktes — besseres Zurücksinken der Därme — ist mir ein Unterschied zwischen Quer- und Längsschnitt nicht ersichtlich. Im Bereich der Muskeln und des Peritoneums wird der Faszienquerschnilt zum Längsschnitt und unterscheidet sich in keiner Weise von einem solchen. Hofrat Schauta hat noch erwähnt, daß er seit Anwendung des Pfannenstielschen Querschnittes sich wieder mehr von der vaginalen Operationsmethode ab-, der Laparotomie zuwende. Ich glaube, daß wir fast alle diese Verschiebung der Indikationsstellung mitmachen, daß aber diese Rückkehr zur Laparotomie nicht mit einer Verbesserung der Schnittführung, sondern mit der Verbesserung unserer Asepsis und Technik zusammenhängt, die uns gestattet, die unleugbaren Vorteile der Laparotomie bezüglich der Übersichtlichkeit voll auszunützen. Den Wert des Faszienquerschnittes erblicke ich nach dem Vorgesagten ausschließlich in seinem kosmetischen Effekt. Wo es auf raschestes Operieren ankommt, wie bei ausgebluteten Extrauteringraviditäten etc., übe ich wie Lihotzky stets den Längsschnitt. Zum Schlusse möchte ich noch erwähnen, daß sich der Querschnitt innerhalb der Haargrenze ganz besonders zur Ausführung der Bassinioperation eignet. Ich operiere seit Jahren alle Hernien, auch die beiderseitigen, von einem Querschnitt aus, der mit einem starken Haken nach der entsprechenden Seite verzogen wird. Es gelingt ohne weiteres, den Schnitt über den Leistenring hinaus zu verziehen und derart typisch nach Bassini zu operieren. Der Unterschied zwischen einer nach gewöhnlicher Bassini-Methode und einer nach meiner Modifikation operierten Hernie in kosmetischer Beziehung ist in die Augen springend.

Halban: Der Pfannenstielsche Faszienquerschnitt bewährt sich in der Gynaekologie ganz besonders bei gewissen chirurgischen Komplikationen. Hierher gehört vor allem die Operation von Inguinalhernien. Wenn behufs Freilegung des inneren Genitales die Laparotomie ausgeführt werden mußte, außerdem aber die Notwendigkeit besteht, eine Inguinalhernie radikal zu operieren, so läßt sich der suprasymphysäre Faszienschnitt sehr leicht bis in den Annulus inguinalis externus verlängern und dann die Bassinische Operation anschließen. Auch bei Komplikation gynaekologischer Leiden mit Appendizitis bewährt sich der Schnitt sehr gut. Besteht vornehmlich eine Erkrankung der rechten Adnexe und Appendizitis, so kann der Haut und Faszienschnitt von Haus aus mehr rechts angelegt werden und es empfiehlt sich in diesen Fällen, die Bauchhöhle am äußeren Rektusrande (entsprechend der Lenanderschen Methode) zu eröffnen. Wenn, was wohl nur ausnahmsweise gemacht werden soll, größere

Tumoren mittelst Faszienquerschnitt angegangen werden, so ist es zweckmäßig, den Haut- und Faszienschnitt höher oben anzulegen und zwei Faszienlappen, einen oberen und einen unteren zu bilden, weil dadurch die Zugänglichkeit des Abdomens erleichtert wird.

Fleischmann: Ich möchte nur mit wenigen Worten auf die Bemerkung des Herrn Latzko reflektieren, daß es ihm nicht recht verständlich erscheine, warum bei gleicher Länge der Peritonealinzision der Faszienquerschnitt mehr Raum schaffen solle als der Küstnersche Querschnitt oder die mediale Inzision. Nach meiner Erfahrung und den Angaben anderer Operateure lassen sich die vom vorderen Faszienblatt entblößten Musculi recti leichter und ausgiebiger auseinanderziehen als die mit der Faszie im Zusammenhang befindlichen.

Peham: An der Klinik Chrobak wurden nur solche Fälle mittelst des queren Laparotomieschnittes operiert, welche diagnostisch vollkommen klar waren, ein Standpunkt, der ja auch von Schauta eingenommen wird. Was die Methode anlangt, so haben wir anfangs die Methode nach Küstner, später die nach Pfannenstiel geübt, von der sich nicht leugnen läßt, daß sie eine größere Zugänglichkeit gewährt als die erstere. Unsere primären Resultate waren tadellose, auch haben wir bis jetzt keine Hernienbildung in unseren Fällen gesehen. Ich glaube, daß diese Methode der Schnittführung dann den Operateur befriedigen wird, wenn man eine genaue Auswahl in der Wahl der Fälle trifft und vor allem den kosmetischen Effekt dabei ins Auge faßt. Operiert man aber allzu große Tumoren nach dieser Methode, oder gibt es bei der Operation Überraschungen, so ist eine notwendige Erweiterung des Schnittes nicht angenehm und der kosmetische Effekt gleich Null.

Peters: Der ursprünglich von mehreren Seiten geäußerte Verdacht, das vordere Blatt der Rektusfaszienscheide könnte etwa die zu weit ausgedehnte Ablösung vom Muskel nicht vertragen und möglicherweise nekrotisch werden, hat sich durch die vielhundertfache, ja jetzt schon tausendfache Erfahrung der Praxis als unbegründet erwiesen. Der Umstand, daß anatomisch über die Gefäßversorgung der vorderen Rektusscheide keinerlei Details vorlagen, eine Tatsache, die auch Krönig-Döderlein in ihrer operativen Gynaekologie erwähnen, hat mich seinerzeit veranlaßt, gemeinsam mit Prof. Tandler darüber an Leichen Infektionsversuche anzustellen. Damals lagen noch nicht so viele Erfahrungen über Exstirpation auch sehr großer Tumoren mittelst Faszienquerschnitt vor und war es wünschenswert zu wissen, wie weit man etwa mit der Isolierung der Faszie vom Muskel gehen dürfe. Die Ergebnisse unserer Untersuchungen waren folgende: Das vordere Faszienblatt wird in seinen untersten Partien ca. 2 Querfinger breit über der Symphyse von Ästchen der Epigastrica superficialis besorgt, die höher oben liegenden Anteile bis zur Nabelhöhe werden durch je 3—4 feine Muskelästchen ernährt, die, von der Epigastrica inferior stammend, die Rekti beiderseits ziemlich in der Mitte zwischen Linea alba und äußerem Muskelrand durchbohren und sich an der Faszie netzartig verbreiten. Der oberste dieser Äste ist meist 1—$1^1/_2$ Querfinger unter der Nabelhöhe zu finden. Auffallend und interessant war, daß Injektionsversuche von der Mammaria aus keinerlei sichere Anastomosen dieser Muskelästchen mit der Epigastrica superior ergaben, obwohl die Injektionen mit feinster Injektionsmasse und Berlinerblau ausgeführt wurden. Aus diesem Umstande mußte geschlossen werden, daß bei Losschälung der Faszie bis zur Nabelhöhe die Ernährung von den übriggebliebenen seitlichen Verbindungsästchen, also vom äußeren Rande des Muskels her erfolgen müsse. Dieses Faktum scheint mir insofern eine praktische Bedeutung zu besitzen, als bei der etwa sich einstellenden Notwendigkeit, eine oder beide Epigastricae inferiores zu unterbinden, ein Umstand, der bei Exstirpation sehr großer Tumoren oder bei irgend welchen Überraschungen während der Operation leicht eintreten kann, immerhin einige Vorsicht geboten erscheint, indem dann die Losschälung der Faszie nicht bis ganz an den Nabel ausgedehnt werden dürfte, um den obersten der vorerwähnten kleinen Muskeläste zu schonen. Ich habe diese Untersuchungsergebnisse nicht veröffentlicht, weil bei den von Jahr zu Jahr sich ausdehnenden Indikationsgrenzen für den Pfannenstielschen Faszienquerschnitt tatsächlich die Befürchtungen wegen Nekrose der Faszie immer unbegründeter und nur äußerst spärlich Fälle bekannt wurden, wo Nekrose eingetreten war. Auch in diesen wenigen Fällen wurde die Nekrose mehr

auf die ausgedehnte Taschenbildung, erleichterte Infektion und die dadurch bedingte Eiterung, als auf primäre Ernährungsstörung zurückgeführt. Nachdem sich nun aber an den Vortrag eine so lebhafte Diskussion angeschlossen hat, so glaube ich, ist dies der richtige Ort, um unserer Untersuchungen Erwähnung zu tun.

v. Erlach: Ich habe seit 1—2 Jahren den Faszienquerschnitt ziemlich häufig angewandt, und zwar zuerst den Küstnerschen, ich bin aber von diesem abgekommen, weil das Terrain für denselben etwas beschränkt ist. Weitaus besser ist der Faszienquerschnitt nach Pfannenstiel, besonders in kosmetischer Hinsicht und für klare Operationen. Ich habe denselben fast ausschließlich bei kleinen Operationen benutzt, habe bei demselben niemals eine Eiterung gesehen, immer prima intentio und ich glaube auch, daß das Moment der Hernienbildung eigentlich zugunsten des Faszienquerschnittes spricht. Die Zeit, die der Schnitt geübt wird, ist noch nicht übermäßig groß und es könnte sein, daß man später noch Hernien entdecken wird; bis jetzt wurden aber solche noch nicht beobachtet. Ich muß der Behauptung Latzkos widersprechen, daß der Umstand, daß nach Laparotomie keine Hernien vorkommen, der bis jetzt geübten Naht zuzuschreiben sei. Ich wende diese Naht seit Jahren an, aber ab und zu sehe ich doch kleinere Hernien; auch bei Kranken von anderen Anstalten habe ich sogar mächtige Hernien gesehen. Was die Bemerkung Pehams anlangt, daß es unangenehm sei, wenn sich die Notwendigkeit einer Erweiterung gebe, so sehe ich den Grund einer solchen Angst nicht ein. Bei einer gewissen Auswahl der Fälle sollen wir häufiger als früher den Faszienquerschnitt machen.

Peham: v. Erlach hat mich nicht verstanden. Ich habe nicht behauptet, daß es schwer sei, den Faszienquerschnitt zu erweitern, sondern ich habe gesagt, daß es nicht angenehm ist und daß es leichter sei, den Längsschnitt zu erweitern. Auch sehe es dann mit dem kosmetischen Effekt schlecht aus.

Latzko: v. Erlach hat gesagt, daß Hernien auch nach Gersunyscher Nahtmethode vorkommen. Das ist richtig. Doch sind sie fast ausschließlich das Produkt von Eiterungen, die beim Querschnitt nicht seltener, eher häufiger vorkommen als beim Längsschnitt.

Lott: Ich möchte auch mitteilen, daß ich ziemliche Erfahrungen in der Ausübung des Faszienquerschnittes habe. Was die Freilegung des Operationsfeldes anlangt, so bin ich in dieser Hinsicht außerordentlich zufrieden. Ich glaube dies in dem Sinne auffassen zu können, daß vom Faszienquerschnitte aus die Rekti viel freier beweglich sind und daher einen größeren Überblick gewähren. Ich habe diese Methode nur bei kleineren Tumoren geübt. Was ich aber als einen kleinen Nachteil auffassen möchte, das ist der Umstand, daß, wenn Eiterung eintritt — und eine solche kann ja beim Faszienquerschnitt gerade so gut auftreten wie beim Längsschnitt —, besonders wenn sie höher subfaszial auftritt, sich der Abszeß viel unangenehmer gestalten wird. Ich habe einen solchen Fall mit angesehen und derselbe hat sich relativ unangenehm gestaltet. Das ist nicht etwa ein Grund, daß man den Faszienschnitt nicht ausführen soll, aber als einen Nachteil dieser Methode wollte ich die Gefahr der Eiterung erwähnen. Ich muß übrigens hervorheben, daß es sich in diesem Falle von Bauchdeckeneiterung um einen Eitertumor gehandelt hat und Schauta hat ja eben erwähnt, daß er bei solchen Fällen nicht gerne den Faszienquerschnitt ausführe.

Schauta: Zunächst meinen Dank für die lebhafte Beteiligung an der Debatte, die mich sehr freut. Im allgemeinen sind ja die Herren derselben Ansicht wie ich, denn alle stimmten in das Lob des Faszienquerschnittes ein und hatten nur hier und da einige unwesentliche Bemerkungen zu machen. Ich beginne bei meinen Schlußbemerkungen mit dem letzten Herrn Redner. Was eben die Bemerkung Lotts anlangt bezüglich der Eiterung, so habe ich ja kurz erwähnt, warum ich bei eitrigen Tumoren vorläufig wenigstens nicht gerne den Faszienquerschnitt anwende. Ich habe dies mit einer gewissen Reserve gesagt und ich weiß nicht, ob ich mich nicht doch später auch in dieser Richtung zum Faszienquerschnitte bekehren werde. Ich möchte auch ferner denjenigen Herren widersprechen, die da sagen: ob Längsschnitt oder Querschnitt, bezüglich der Hernienbildung sei es dasselbe. Wenn beim Längsschnitt Eiterung eintritt, so gibt es Gelegenheiten und Lücken in der ganzen Ausdehnung des Schnittes für die Hernienbildung genug, während beim Faszienquerschnitt die

Hernienbildung nur dort eintreten kann, wo sich der Faszien- und Muskelschnitt kreuzen. Es ist daher nicht gleichgültig, ob eine Längsschnittwunde oder eine Querschnittwunde eitert. Deshalb hat die Einwendung bezüglich der Eiterung nur für diejenigen Fälle Geltung, wo die Eiterung unter dem Lappen erfolgt, wo es also zur Fistelbildung und Kontrainzisionen kommt. Damit habe ich auch gleichzeitig eine Bemerkung von Latzko beantwortet, der gesagt hat, daß für ihn der kosmetische Effekt die Hauptsache sei. Ich habe behauptet, daß bei dieser Operation die Hernienbildung nur sehr schwer eintritt, bei exakter Naht und vollkommener Asepsis nur sehr selten. Bei mir ist ja die Asepsis eine ganz exakte (ich operiere ja, wie Sie wissen, mit Gummihandschuhen und Jodanstrich der Bauchdecken), aber es kommen doch Eiterungen vor, wie sie ja jedem selbst bei der strengsten Asepsis passieren können. Deshalb ist mir der kosmetische Effekt nicht das maßgebendste, sondern die Verhütung der Hernien. Deshalb beschränke ich mich bei der Anlegung des Schnittes nicht gerade nur auf die Haargrenze, sondern lege denselben auch weiter hinaus an, weil ich die Überzeugung habe, daß ich mit der Hernienbildung in einem viel geringeren Prozentsatze werde rechnen müssen als beim Längsschnitt. Ich komme nun zu Kollega Peters, welcher ausgeführt hat, man dürfe bei dieser Operation nicht die Arteria epigastrica unterbinden, wolle man nicht eine Gangrän erleben. Ich habe wiederholt die Arteria epigastrica, und zwar oft beiderseits unterbunden und nie eine Gangrän gesehen. Es müssen also doch kollaterale Kommunikationen da sein, welche die Gangrän verhüten. Theoretisch mögen ja die Ausführungen Peters ganz richtig sein, praktisch sind sie es nicht, da sie durch die Erfahrungen widerlegt werden. Was die Abhaltung der Därme aus dem Operationsfelde betrifft, so wurde die Behauptung aufgestellt, es herrsche diesbezüglich zwischen Längs- und Querschnitt kein Unterschied. Das ist nicht richtig. Der Faszienlappen legt sich dachförmig über die Wunde, selbst dann, wenn man ihn durch eine Seidennaht nach aufwärts fixiert. Und will man in den oberen Wundwinkel Einblick haben, so muß man diesen Lappen durch Bauchspatel kräftig nach aufwärts ziehen. Im Ruhezustande deckt er also reichlich die obere Hälfte der Wunde und damit auch die Darmschlingen. Daß man bei Extrauteringravidität wegen der Raschheit der Operation lieber den Längsschnitt machen solle, muß man ebenfalls cum grano salis aufnehmen. Gerade bei Extrauteringravidität scheint mir der Faszienschnitt vorteilhaft zu sein. Die Leute werden uns ja von der Gasse hereingebracht, wir haben meist nicht Zeit, sie baden zu lassen und damit ist also die Asepsis immer fraglich; aber solche Fälle von Extrauteringravidität, bei denen es auf 3—4 Minuten angekommen wäre, sind mir bis jetzt nicht untergekommen. Gefreut habe ich mich über das, was uns Peham erzählt hat, daß nämlich auch an der Klinik Chrobak der Faszienquerschnitt ausgeführt werde, denn als ich seinerzeit hier über den Küstnerschen Querschnitt gesprochen habe, hat sich Chrobak meinen Ausführungen nicht angeschlossen. Auch ich stehe auf dem Standpunkte von Peham, daß, wenn unklare Verhältnisse vorliegen, die Diagnose nicht fest ist, Bedenken wegen Malignität bestehen oder daß der Schnitt nicht ausreicht, man den Faszienquerschnitt unterlassen solle. Denn für diese Fälle eignet er sich nicht. Dies hat Peham gesagt und ich stimme mit ihm überein. Das sind die wichtigsten Punkte, auf die ich in Kürze entgegnen wollte.

II. Weibel: 1. Mola haematomatosa tubarica.

Das erste Präparat, welches ich mir hier zu demonstrieren erlaube, stammt von einer 29jährigen Patientin mit folgender Anamnese: Vorausgegangen 2 Partus, 2 Abortus. Menses in Ordnung bis vor 6 Wochen, damals dauerten sie 12 Tage; die nächsten waren um 2 Wochen verspätet, dauerten 2 Tage, d. h. bis zum Eintritt ins Spital. 2 Wochen nach der 12tägigen Blutung trat einmal eine Ohnmacht auf, dann stellten sich Schmerzen von krampfartigem Charakter ein, die bis zur Aufnahme anhielten. Befund: Uterus von normaler Größe, nach rechts und vorne verschoben, durch einen den linken Adnexen angehörenden, faustgroßen, weich elastischen, fixierten Tumor. Wahrscheinlichkeitsdiagnose: Extrauterinschwangerschaft. Laparotomie (Weibel): Nach Durchtrennung zahlreicher Verwachsungen kann man feststellen, daß der Tumor der linken Tnbe angehört, stellenweise blau durchschimmert und mit Blutgerinnsel überzogen ist. Nach der schwierigen Auslösung wird er unter Erhaltung des Uterus

und der normalen rechten Adnexe exstirpiert. Das so gewonnene Präparat besteht aus der dilatierten Tube, in deren Innern ein abgestorbenes Ei von dem Aussehen einer Breusschen Mole sitzt. Die Höhlung war ausgefüllt von etwas trüber Flüssigkeit, ein Embryo wurde nicht gefunden. Die Innenwandung ist bekleidet von einer dünnen Membran, dem Amnion; sie zeigt ringsum buckelige Vortreibungen. An der Schnittfläche sieht man, daß diese Buckeln durch Hämatome bedingt sind. Im mikroskopischen Bilde erkennt man das Amnion und findet in den Hämatomen vereinzelte Chorionzotten; das das Ei einschließende Gewebe ist Tubenwand. Dieser Fall unterscheidet sich von den übrigen bekannten Fällen von tubaren und den meisten Fällen einer intrauterinen Hämatommole, durch das Fehlen des Embryos. Das makroskopische und mikroskopische Bild läßt aber keinen Zweifel, daß es sich hier um eine Mola haematomatosa tubarica handle. Diese Form des Ausganges einer Tubarschwangerschaft ist sehr selten. Ein ganz ähnlicher Fall wurde 1903 von Ferrari beschrieben, ein zweiter Fall desselben Autors stammt aus dem Jahre 1905. In demselben Jahre demonstrierte Schauta in dieser Gesellschaft einen solchen Fall und in der Diskussion dazu erwähnte Wertheim einen derartigen Fall aus der Schautaschen Klinik, den er vor Jahren ebenfalls in dieser Gesellschaft demonstriert hatte.

Fleischmann: Ich möchte mir die Bemerkung gestatten, daß ich vor ungefähr 7 Jahren ein ganz gleichartiges Präparat demonstriert habe.

2. Lithopädion nach Ovarialschwangerschaft (erscheint ausführlich).

Das Präparat stammt von einer 57jährigen Frau, deren Anamnese besagt, daß sie vor 27 Jahren extrauterin schwanger wurde und in der zweiten Hälfte dieser Gravidität heftige peritoneale Reizerscheinungen bekam. Man fand in der linken Bauchhälfte eine mannskopfgroße, harte fixierte Geschwulst, welche sich bei der Laparotomie als außerordentlich verwachsen mit Netz- und Darmschlingen erwies. Sie entsprang vom rechten Ovarium. In der Literatur sind nur 10 Fälle von Lithopädion nach Ovarialschwangerschaft bekannt. Am Präparate interessieren Deformitäten des Schädels, Thorax und Beckens, entstanden durch die Schrumpfung des Fötus und seiner Eihüllen. Das Präparat besteht aus der Plazenta, dem sehr gut erhaltenen, 9 Monate alten Fötus und den eng anliegenden Eihüllen. In einzelnen Organen des Fötus sind Kalkablagerungen nachzuweisen (Leber, Niere, Lungen, Muskel, Haut), in anderen fehlen sie. Die Struktur der meisten Organe ist mikroskopisch gut sichtbar, die Eihüllen bestehen nur aus Bindegewebe.

III. Thaler: Steißgeschwulst.

Diskussion:

Wagner berichtet über einen ähnlichen Fall aus der Klinik Chrobak. Der Tumor war so groß, daß er ein schweres Geburtshindernis darstellte.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Geburtshilfe.

Müller, Zur Frage der Hebosteotomie und der künstlichen Frühgeburt im Privathause. Münchener med. Wochenschr., Nr. 24.
Nekritsch, Zur Behandlung des Nabelschnurvorfalles. Inaug.-Dissert., Berlin, Mai 1908.
Jacobi, Geburtsverlauf und Therapie beim engen Becken. Inaug.-Dissert., Mai 1908.
Herz, Zur Technik der Embryotomie. Wiener med. Wochenschr., Nr. 25.
Karpeles, Multiple Konzeption. New York Med. Journ., Nr. 23.
Dannreuther, Comments Upon an Unusual Case Requiring Cesarean Section. Med. Rec., Nr. 23.
Möhlmann, Über die Therapie der Eklampsie. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. LXII, H. 1.
Barbour, Das untere Uterinsegment. Ebenda.
Stern, Über Prolaps der Nachgeburt bei normalem Sitz. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Nr. 6.

Lovrich, Beitrag zur Frage der primären Abdominalschwangerschaft. Ebenda.
Monaco, Cinque casi di gozzo in gravidanza. Archivio di Ostetr. e Gin., No. 4.
Campione, Dell' intervento nell' epitelioma del colo uterino operabile e complicante la gestazione nei primi mesi. Ebenda.
Buecheler, Wiederholte Querlage infolge von Uterus arcuatus; zugleich ein Beitrag zur Prophylaxe von Querlage. Med. Klinik, Nr. 26.
Arnstein, Zur Prophylaxe in der Geburtshilfe. Prager med. Wochenschr., Nr. 26.
Arnstein, Beitrag zur Porro-Operation. Ebenda.
Wisshaupt, Ein Fall von Hypertrophie der Brustdrüse in der Gravidität. Ebenda.
Fint, Hygiene and Management of Pregnancy. New York Med. Journ., Nr. 24.
Kleinertz, Zwei Fälle von Nierendekapsulation bei Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 26.
Thomä, Bemerkungen zu dem Artikel Hammerschlags: Die Anwendung der Abortzange. Ebenda.
Levi, Contributo allo studio del distacco di placenta normalmente inserta. La Rass. d'Ostetr. e Gin., No. 6.
De Maldé, Il parto prematuro provocato nella pneumonia crupale. Ebenda.
Kaufmann, Zur Extraktion nach Müller. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 27.
Eisenstein, Zwei Fälle spontaner Uterusruptur. Uterusruptur bei tiefstehendem Steiße. Wiederholte Uterusruptur. Ebenda.
Tantzscher, Ein Fall von extramembranöser Geburt. Ebenda.
Lunkenbein, Der vaginale Kaiserschnitt in der Praxis. Münchener med. Wochenschr., Nr. 16.
Lehmann. Gravidität und Uteruskarzinom. Inaug.-Dissert. Halle, April 1908.
Mayer, Beitrag zur Infektion von Mutter auf Kind im Wochenbett. Med. Klinik, Nr. 27.
Rosenberg, Cause of Premature Separation of the Placenta. New-York Med. Journ., Nr. 25.
Cuff, Clinical Notes on Some Causes of Peritonitis Occurring During the Course of Pregnancy. Brit. med. Journ., Nr. 2479.
Merletti, Genesi e significato biologico dei depositi calcarei nella placenta umana. Annali di Ostetr. e Gin., Nr. 5.
Levi, Sopra due casi di amputazioni congenite. Ebenda.
Vidéky, Amaurosis in der Gravidität. Budapesti Orvosi Ujság, 1908, Nr. 10.
Szigeti, Eklampsiefälle. Ebenda, 1908, Nr. 13.
Finaly, Die Prophylaxe der puerperalen Blutungen. Ebenda, 1908, Nr. 15.
Tóth, Die Anwendung des Bossischen Dilatators. Ebenda, 1908, Nr. 19.
Cukor, Über die Extraktion nach Müller bei Steißlagen. Ebenda.
Bogdanovics, Über die Differentialdiagnose bei jungen Extrauterinschwangerschaften und Appendizitis. Orvosi Hetilap, 1908, Nr. 26.
Doktor, Hebosteotomie bei Exostosis multiplex des Beckens. Gjógjászat, 1908, Nr. 25 u. 26.
Rotter, Über den kriminellen Abort. Ebenda, 1908, Nr. 17.
Leopold, Zur operativen Behandlung der puerperalen Peritonitis und Thrombophlebitis. Arch. f. Gyn., Bd. 85, H. 3.
Neu, Untersuchungen über die Bedeutung des Suprarenins für die Geburtshilfe. Ebenda.
Hannes, Methode und Erfolge der Hystereuryse bei Placenta praevia. Med. Klinik, Nr. 28.
Gans, Spontane Uterusruptur im Beginne der Geburt. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 28.
v. Fellenberg, Zur Serumbehandlung des Puerperalfiebers. Münchener med. Wochenschr., Nr. 27.
Blesch and Reed, Case of Extrauterine Pregnancy at full Term. The Journ. of the Amer. Med. Assoc., Nr. 26.
Leopold, Über akute Peritonitis vor und in der Geburt. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 28.
Ruth, Zwei Fälle von Hydrorrhoea uteri gravidi amnialis. Ebenda.
Janvrin, Immediate vs. Deferred Operation for Intraabdominal Hemorrhage due to Tubal Pregnancy. Amer. Journ. of Obst., July.
Boldt, Dasselbe. Ebenda.
Montgomery, Dasselbe. Ebenda.
Frederick, Dasselbe. Ebenda.
Manton, The Time to Operate in Intraabdominal Hemorrhage due to Tubal Pregnancy. Ebenda.
Smith, Forty one Cases of Tubal Pregnancy with two Deaths. Ebenda.
Norris, Intrapelvic vs. Abdominal Method of Dealing with Mechanical Obstruction to Delivery in Cases of Confinement. Ebenda.
Hirst, The Indications for Cesarean Section. Ebenda.
Runge, Puerperal fever. Interstate Med. Journ., Nr. 7.
Soli, Considerazioni si di una centuria di casi di placenta previa centrale e marginale. La Gin. Moderna, F. 6.
Caturani, Del taglio cesareo vaginale Acconci-Dührssen. Arch. Ital. di Gin., Nr. 6.
Caminiti, Una rara causa di presentazione di faccia. L'Arte Ostetr., Nr. 12.

Adler und Thaler, Experimentelle und klinische Studien über die Graviditätstetanie. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 62, H. 2.
Dürig, Über den Einfluß des Selbststillens der Mütter auf die Neugeborenen in den ersten Lebenstagen. Ebenda.
Hofmeier, Der extraperitoneale und der suprasymphysäre Kaiserschnitt. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 29.
Nacke, Perforatorium. Ebenda.
Kroemer, Erfolge und Aufgaben der modernen Geburtshilfe und Gynaekologie. Ther. Monatsh., Nr. 7.
Martin, Entwicklung der Therapie des sog. Puerperalfiebers. New-Yorker med. Monatsschr., Nr. 2.
Busch, Zur Statistik der Placenta praevia. Inaug.-Dissert., Gießen, Juni.
Wetzke, Ein Fall von suprasymphysärer Entbindung nach Frank. Inaug-Dissert., Leipzig, Mai.
Crohn, Vorkommen und Ursachen der Frühgeburt bei Zwillingsschwangerschaft. Inaug.-Dissert., Leipzig, Juni.
Smith, Caesarian Section versus Sections of the Pelvis in Dealing with Mechanical Obstructions to Childbirth. Surg., Gyn. and Obst., Vol. VII, Nr. 1.
Grandin, Immediate vs. Delayed (Expectant) Operation in Case of Ectopic Gestation. Ebenda.
Polak, A Report of Fifty-two Pregnancies and Labors following Ventrosuspension of the Uterus for Retro-Displacements. Ebenda.
Vineberg, Immediate vs. Deferred Operation for Intraabdominal Haemorrhage due to Tubal Pregnancy. Ebenda.
Simpson, Deferred Operation for Intraabdominal Haemorrhage due to Tubal Pregnancy. Ebenda.
Potocki, Nouvelle observation du grossesse extra-uterine à terme. Laparotomie au cours du faux travail. Enfant vivant. Annales de Gyn. et d'Obst., Juillet.
Audebert et Dupont, La grossesse et l'accouchement dans les rétrécissements congénitaux de la valvule mitrale. Ebenda.

Gynaekologie.

Harbin, A Report of Three Cases Operated Upon for Large Abdominal Tumors. Med. Rec., Nr. 23.
Teller, Über Incontinentia urinae bei Spaltbildung der weiblichen Urethra und ihre operative Behandlung. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. LXII, H. 1.
Góth, Bedrohliche innere Blutung aus einem Perithelioma ovarii. Ebenda.
Hinselmann, Beitrag zur Kenntnis der bösartigen pigmentierten Geschwülste der Vulva. Ebenda.
Weißhaupt, Zur Lehre von der Endometritis und der Bedeutung der Plasmazellen bei pathologischen Gewebsreaktionen. Ebenda.
Sellheim, Die Erklärung der Dysmenorrhöe durch Bauchfellzerrung. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., H. 6.
Redlich, Zur Lehre von den embryoiden Geschwülsten des Eierstockes. Ebenda.
Brenner, Ein Fall von beginnendem Chorioepithelioma malignum mit frischer, kleiner Metastase in der Scheide. Ebenda.
Profanter, Beitrag zur konservativen Behandlung von Frauenkrankheiten. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 26.
Wassermann, Ein neues Spekulum für Vaginaluntersuchung bei intaktem Hymen. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 26.
Hirschberg, Beitrag zur Behandlung mit Oophorin. Münchener med. Wochenschr., Nr. 25.
Rothberg, Über die Dauerresultate der Prolapsoperationen. Inaug.-Dissert., Jena, Mai 1908.
Knapp, Ein Vorschlag zur Erleichterung der Entfernung von Quellstiften aus dem Zervikalkanale. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 26.
Floris, Un caso interessante di fibroma del segmento inferiore dell' utero. La Rass. d'Ostetr. e Gin., Nr. 6.
Mensinga, Mein stets willfähriger, nie versagender Assistent. Der Frauenarzt, Nr. 6.
Kalmus, Die Mutterkornpräparate. Ebenda.
Leopold, Über die Behandlung des Karzinoms mittelst Fulguration durch Dr. de Keating Hart. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 27.
Hörrmann, Die Konjunktivalreaktion bei Genitaltuberkulose. Münchener med. Wochenschr., Nr. 26.
Bland Sutton, An Address on the Present Position of Abdominal Hysterectomy for Fibroid in London. Brit. med. Journ., Nr. 2479.
Teacher, On the Development and Natural Healing of Secondary Tumours of Chorionepithelioma Malignum. The Journ. of Path. and Bact., V. 12, Nr. 4.

Isidori, Le emorragie atipiche dell' utero dai punti di vista della diagnosi e della terapia. La Clinica Ostetr., f. 12.
Santini, Sulla cura del prolasso degli organi genitali femminili e sul valore del metodo Ruggi. Annali di Ostetr. e Gin., Nr. 5.
Picker, Klinische Studie über den Gonokokkus. Orvosi Hetilap, 1908, Nr. 11.
Czermak, Über die Albuminurie nach lumbaler Stovain-Analgesie. Gyógyászat, 1908, Nr. 14.
Neumann, Über die Behandlung der mit Adnextumoren komplizierten Uterusfibrome. Budapesti orvosi Ujság, 1908, Nr. 19.
Rosenberger, Ein Fall von Uterussarkom. Ebenda.
Wiesinger, Stieltorsionen bei Ovarialtumoren. Ebenda.
Paunz, Beiträge zur Kasuistik der Stieltorsionen bei Ovarialtumoren. Orvosi Hetilap, 1908, Nr. 25.
Tauffer, Die Myomtherapie vor 25 Jahren. Gynaekologie, 1908, Nr. 1.
Schmidlechner, Primäre und Dauerresultate der Ovariotomien bei anatomisch malignen und zweifelhaften Geschwülsten. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 28, H. 1.
Rosenfeld, Über Craurosis vulvae. Ebenda.
Mathes, Über Ätiologie und Therapie der Dysmenorrhöe. Ebenda.
Goenner, Über Sondenaufrichtung und Intrauterinstifte. Ebenda.
Meyer, Über Melanome der äußeren Genitalien. Arch. f. Gyn., Bd. 85, H. 3.
Dührssen, Die Keilresektion des Corpus uteri wegen chronischer Metritis. Ebenda.
Keller, Zwei Fälle von kongenitalem Sakraltumor. Ebenda.
Schauenstein, Histologische Untersuchungen über atypisches Plattenepithel an der Portio und an der Innenfläche der Cervix uteri. Ebenda.
Ernst, Beitrag zur Kenntnis des Adenomyoma uteri. Ebenda.
Pinner, Über eine neue und wirksame Behandlungsweise verschiedener entzündlicher Frauenkrankheiten. Ther. d. Gegenw., Nr. 7.
Howard, Treatment of Gonorrhea in the female. The Journ. of the Amer. Med. Assoc., Nr. 26.
Calderini, Mioma retrocervicale. Lucina, Nr. 7.
Jonas, Differential Diagnosis Between Complete and Incomplete Uretero-Vaginal Fistula. Interstate Med. Journ., Nr. 7.
Montuoro, A proposito di un caso di vaginofissazione nella menopausa. La Ginecol. Moderna, f. 6.
Albrecht, Die praktische Verwertbarkeit der Leukozytenbestimmung für die Diagnose entzündlicher Erkrankungen des weiblichen Genitale. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 62, H. 2.
Weibel, Das Verhalten der Ureteren nach der erweiterten abdominalen Operation des Uteruskarzinoms. Ebenda.
Schubert, Über die Genese der Hämatosalpinx bei Haematometra unilateralis. Ebenda.
Hannes, Was leistet die Cystoskopie hinsichtlich der Indikations- und Prognosestellung der abdominalen Krebsoperation? Ebenda.
Holzapfel, Verbrennungserscheinungen am Epithel. Scheinbare Anaplasie von Krebszellen. Ebenda.
Oeri, Ein Fall von Uterus pseudodidelphys rudimentarius gravidus. Ebenda.
Fischer, Ein Doppelscheidenspiegel gleichzeitig zum Saugen und Spülen. Münchener med. Wochenschr., Nr. 28.
Kokenge, Weitere Erfolge des suprasymphysären Faszienquerschnittes nach Pfannenstiel. Inaug.-Dissert., Gießen, Juni.
Segall, Über einen Fall von multiplen Dermoidzysten des Ovarium und des großen Netzes bei Torsion der Tube. Inaug.-Dissert., München, Juni.
Watkins, Perineorrhaphy for Complete Lacerations. Surg., Gyn. and Obst., Vol. VII, Nr. 1.
Martin, Transplantation of Ovaries. Ebenda.
Sampson, Suggestions in Teaching Gynecology. Ebenda.
Cragin, Ventrosuspension an Unsafe Operation for Posterior Displacement of the Uterus During Child-Bearing Age. Ebenda.
Willis, The factor of Mortality in the Operation of Hysterectomy. Ebenda.
Rousse, Oblitération de la trompe après résection. Annales de Gyn. et d'Obst., Juillet.

Aus Grenzgebieten.

Paramore, The Supports-in Chief of the Female Petric Viscera. The Journ. of Obstetr. and Gyn. of the Brit Emp., Nr. 6.
Longridge, Excretion of Creatinin in Lying-in Women: with some Remarks on Involution of the Uterus. Ebenda.
Shaw, Chorea During Pregnancy. Ebenda.
Schreiber, Inversion de la formule leucocytaire après injection de collargol. Bull. de la Soc. d'Obstétr. de Paris, Nr. 5.
Schreiber, Hérédité herniaire et hernie diaphragmatique congénitale. Ebenda.

Nauwerck und Flinzer, Paratyphus und Melaena des Neugeborenen. Münchener med. Wochenschr., Nr. 23.
Landau, Über duodenalen Ileus nach Operationen. Berliner klin. Wochenschr., Nr. 24.
Gargiulo, Un caso di acne iodico in un neonato. La Clinica Ostetr., Nr. 11.
Cohoe, The Placental Transmission of Bacillus Typhosus. The Amer. Journ. of Obstetr., June.
Commandeur, Des méningites cérébrales et cérébro-spinales suppurées au cours de la puerpéralité. L'Obstétr., Nr. 3.
Planchu et Gardère, La sécrétion lactée considerée au point de vue quantitatif. Ebenda.
Moequot, Réflexions d'un médecin-inspecteur sur les consultations de nourrissons. Ebenda.
Dienst, Die Pathogenese der Eklampsie. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 25.
Freund, Ein Fall von Schwangerschaftsmyelitis. Prager med. Wochenschr., Nr. 25.
Ries, Vater-Pacinische Körperchen in der Tube. Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. LXII, H. 1.
Mathes, Beobachtungen an mit Plazentasaft durchströmten Hundenieren. Ebenda.
Ahlbeck und Lohse, Ein Versuch, das Eklampsiegift auf experimentellem Wege nachzuweisen. Ebenda.
Fraenkel, Ovarialantikörper und Osteomalazie. Münchener med. Wochenschr., Nr. 25.
Brugsch und Schittenhelm, Lehrbuch klinischer Untersuchungsmethoden. Urban & Schwarzenberg, Berlin u. Wien, 1908. 24 K.
Borntraeger, Diätvorschriften für Gesunde und Kranke jeder Art. Würzburg, Curt Kabitzsch, 1908.
Königstein, Über das Schicksal der Spermatozoen, welche nicht zur Befruchtung gelangen. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 27.
Miesowicz, Über späte Rachitis. Ebenda.
Rebaudi, Nuovi metodi di ricerca istologica del sangue e cloronarcosi. Annali di Ostetr. e Gin., Nr. 5.
Hofbauer, Larynx und Schwangerschaft. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 28, H. 1.
Borszéky, Die Lumbalanästhesie und ihre Neben- und Nachwirkungen. Beiträge z. klin. Chir., Bd. 58, H. 3.
Pollak, Über Erkrankungen der Niere in der Gravidität. Zentralbl. f. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir., Nr. 12.
Cumston, Pyelonephritis Complicating the Puerperium. Amer. Journ. of the Med. Scienc., Nr. 436.
Albrecht, Zur Kenntnis der akuten Magenlähmung mit sekundärem Duodenalverschluß. Bemerkungen zu dem gleichnamigen Aufsatz von Dr. Lichtenstein in Nr. 19 dieser Zeitschrift. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 28.
Baldy, The General Administration of Anesthetics. Amer. Journ. of Obst., July.
Findley, Pernicious Anemia and Pregnancy. Ebenda
Le Roy Broun, Second Report on Operations for Relief of Pelvic Diseases of Insane Women. Ebenda.
Delle Chiaie, Su di una citotossina che produce la degenerazione grassa delle ovaie. Arch. Ital. di Gin., Nr. 6.

Personalien und Notizen.

(Personalien.) **Habilitiert:** Dr. O. Viana in Bologna. — **Verliehen:** Den Titel eines a. o. Professors dem Privatdozenten Dr. Tóth in Budapest. — **Ernannt:** Zum ordentlichen Professor und Nachfolger v. Franqués an der geburtshilflich-gynäkologischen Klinik der deutschen Universität in Prag wurde der a. o. Professor Dr. Friedrich Kleinhaus ernannt.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: **Dr. Oskar Frankl.**

Herausgeber, Eigentümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg.**

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

GYNAEKOLOGISCHE RUNDSCHAU.

ZENTRALORGAN
FÜR
GEBURTSHILFE UND FRAUENKRANKHEITEN.

II. Jahrg. 1908. 19. Heft.

Zur Eröffnung der neuen k. k. Universitäts-Frauenkliniken in Wien.

Wenn nach Überwindung unermeßlicher Schwierigkeiten die Pforten der beiden neuen Kliniken sich öffnen, dann bricht auch für die altehrwürdige Wiener geburtshilflich-gynaekologische Schule das Morgenrot einer neuen Ära an: Der Heilkunst, der Forschung und dem Unterrichte sind zum ersten Male entsprechende Stätten und genügende Hilfsmittel gewährt.

In solcher Stunde geziemt es sich, Rückschau zu halten über die Leistungen der Väter unserer Disziplin im Vaterlande sowie einen Einblick zu geben in die Entstehungsgeschichte der neuen Kliniken. Den Lesern dieser Blätter, die in der Ferne weilen, wird es wohl auch willkommen sein, aus berufenster Feder eine kurze Schilderung des neu erstandenen großen Werkes zu erhalten. Sie werden daraus die Großzügigkeit und absolute Zweckmäßigkeit der Gesamtanlage wie aller Details entnehmen.

Die Durchsicht dieser Festschrift wird viele Fachkollegen aus Nah und Fern dazu veranlassen, die neuen Kliniken alsbald selbst zu besichtigen. Sie werden zwei Musterinstitute sehen, in denen trotz ihrer Größe, trotz ihrer glanzvollen Ausführung nichts zu viel, nichts überflüssig ist.

Mögen die neuen Frauenkliniken blühen nicht bloß zum Heile der Kranken, sondern auch zur Ehre ihrer Schöpfer, vor allem aber zum Ruhme der altehrwürdigen Wiener medizinischen Schule! D. Red.

Zur Entstehungsgeschichte der neuen Frauenkliniken.

Von **R. Chrobak.**

In Mitte und zu Ende des 18. Jahrhunderts diente das St. Marxer Krankenhaus als geburtshilfliche Station, in welcher auch praktischer Unterricht erteilt wurde. Erst durch Kaiser Josef wurde 1784 ein wirkliches Gebärhaus in Verbindung mit der Findelanstalt gegründet. Die im ehemaligen Großarmenhause untergebrachten Räume des ersteren faßten 100 Betten, da man von der Annahme ausging, es würden sich jährlich 1200 uneheliche Geburten ereignen und man den Aufenthalt einer Gebärenden bzw. Wöchnerin im Hause auf 4 Wochen berechnete. Es läßt sich freilich nicht feststellen, wie lange damals die zu entbindenden Frauen als Schwangere verpflegt wurden, doch kann man immerhin vermuten, daß die Wochenbettpflege eine humanere, weil länger dauernde war als sie es heute ist, wo die Wöchnerinnen meist nach 8 Tagen aus der Anstalt entlassen werden müssen.

Die Jahre 1789—1822 bildeten die Glanzperiode der Wiener Gebäranstalt. In dieser Zeit lehrte Lucas Boer, anfangs als Lehrer der praktischen, dann der theoretischen

und praktischen Geburtshilfe. Nach dessen Abgang folgte eine lange dauernde Stagnation (Klein), bis zu C. v. Braun-Fernwald 1856, welcher noch in der zweiten Blütezeit der Wiener Schule wirkte (bis 1901).

Im Jahre 1834 wurde die geburtshilfliche Klinik geteilt und aus einer der Hälften später die Hebammenklinik errichtet und Bartsch unterstellt, 1841. Im Jahre 1873 wurde die geburtshilfliche Klinik für Mediziner nochmals geteilt, so daß es zwei für den Unterricht der Mediziner bestimmte Kliniken gab (v. Braun, Späth) und eine für die Hebammen (G. v. Braun). Schon unter Klein drängte der zunehmende Platzmangel zur Abhilfe, waren doch durch die Trennung in zwei Kliniken die Bedürfnisse nach Räumen größer geworden. Hauptsächlich war es aber die immer zunehmende Zahl der Geburten, entsprechend der steigenden Bevölkerungszahl Wiens. Ein weiterer Grund der Zunahme des Materials allerdings in späterer Zeit war noch die Auflösung des Josephinums (1873).

Der Platzmangel im allgemeinen Krankenhause gab 1830 schon Veranlassung zur Beschlußfassung, daß dasselbe erweitert werden müsse. Der Gedanke, hierzu das Schwarzspanierhaus, welches günstig gelegen war, zu verwenden, wurde aufgegeben und es wurde das sogenannte Neugebäude anlehnend an den 7. Hof des Krankenhauses erbaut, welches bis heute zum großen Teile von den geburtshilflich-gynaekologischen Kliniken eingenommen ist, während sich die Hebammenklinik in dem alten Krankenhause befindet.

Aber auch damit war richtige Hilfe nicht geschaffen und im Beginne der vierziger Jahre tauchte der Plan auf, das Gebärhaus aus dem Krankenhause zu entfernen und neben dem heutigen Findelhause gelegene Häuser und Plätze zur Unterbringung des ersteren zu verwenden.

Mit dem Erblühen der pathologischen Anatomie, welches nahe der Zeit fällt, in welcher die Hebammenklinik errichtet wurde, beginnt die schrecklichste Zeit des Gebärhauses. In dieser war bekanntermaßen die puerperale Sterblichkeit eine erschreckend hohe, gab es doch Monate dauernde Perioden, in denen die puerperale Mortalität bis auf 33% stieg.

Es ist dies zugleich die traurigste Zeit, weil es Kurzsichtigkeit und Voreingenommenheit der Zeitgenossen von Semmelweis, welcher im Jahre 1847 seine epochemachende Lehre verkündete, in Österreich und Deutschland verschuldeten, daß Österreich um den Ruhm kam, das Vaterland der modernen Wundbehandlung zu werden.

Bis zum Jahre 1818 waren Gebärhaus und Krankenhaus unter einer Leitung, doch wurden die verschiedenen Fonds getrennt verwaltet (Krankenhaus-, Irrenhaus-, Gebärhaus-, Findelhausfonds); seit 1819 stand das Gebärhaus unter einer eigenen Verwaltung. Mit der Schöpfung unserer Verfassung (1860) begannen höchst einschneidende Veränderungen.

Mit 1. Jänner 1865 gingen die Irrenanstalten in Niederösterreich und das Gebärhaus in Wien an das Land Niederösterreich über und das gleiche geschah 1868 mit dem Wiener Findelhause.

Unter den Übergabsbedingungen war enthalten, daß die genannten Anstalten für den Unterricht dienen sollten, insoweit dies ohne Abbruch der wesentlichen Sanitätszwecke geschehen könne. Der Studienfonds hatte aber hierfür einen gewissen Ersatz zu leisten bzw. für die durch den Unterricht entstandenen Mehrkosten aufzukommen.

Hiermit war die Grundlage zu einer unabsehbaren Reihe von Komplikationen des Betriebes und der Verrechung gegeben, unter welchen alle Faktoren zu leiden hatten.

Die ersteren lagen größtenteils darin, daß das Gebärhaus auf das innigste in das Krankenhaus eingeschachtelt war, sind doch bis heute Räume des Gebärhauses im Krankenhause und solche dieses im Gebärhause untergebracht, und durch fortgesetzte bauliche Adaptierungen ist es tatsächlich dazu gekommen, daß es nur ganz wenige Menschen gibt, denen diese Verhältnisse ganz klar sind.

Geradezu uferlos waren aber die Verrechnungen, welche jedes Jahr zwischen dem Staate und dem Lande geführt wurden, welche auch die Vorstände nicht unwesentlich belasteten. Hieraus läßt sich unschwer erklären, daß die autonomen Landesbehörden sehr bald nur widerwillig die Gebärkliniken behielten und die Absicht faßten, die Gebärkliniken wieder von der Staatsverwaltung übernehmen zu lassen, welcher Plan bis heute von ihnen festgehalten wurde.

Auf Grundlage eines Beschlusses vom 21. September 1869 wurde ein Kauf- und Verkaufsvertrag errichtet, nach welchem das Land dem Krankenhausfonde sowohl das Irrenhaus als das Gebärhaus verkaufte, doch kam bis nun die das Gebärhaus betreffende Aktion nicht zur Austragung.

Die Verhältnisse des Gebärhauses waren so geordnet, daß es einen sogenannten Zahlstock desselben gab und bis heute noch gibt, welcher direkt und nur dem Lande unterstand, während nur die niederste Verpflegsklasse, für welche fast ausschließlich die Heimatländer der Pfleglinge aufkamen, dem Unterrichte diente.

Das geburtshilfliche Material wurde unter den drei Kliniken so aufgeteilt, daß jede Klinik je 12 Stunden Aufnahme hatte, d. h. es wurden sämtliche in die Anstalt kommenden Gebärenden und Schwangeren 12 Stunden lang in je eine Klinik geschickt. Daraus erhellt, daß jede dieser Kliniken während der 12 Stunden der Aufnahme den betreffenden Anteil, also ein Drittel des ganzen geburtshilflichen Materiales zu bewältigen hatte, so daß es nicht zu den Seltenheiten gehörte, daß in einer Aufnahmszeit von 12 Stunden 25—30 Gebärende in die Klinik kamen.

Die Regierung bzw. die Statthalterei hat es nicht an Bestrebungen fehlen lassen, die unerhört schlechten Verhältnisse des Gebärhauses zu verbessern, doch war bis zum Jahre 1900 alles fruchtlos geblieben.

Allen beteiligten Faktoren war es vom Anfang an klar gewesen, daß eine radikale Hilfe nur durch einen Neubau zu erzielen sei. Von allen Seiten kamen Platzangebote, aber von 17 solchen Angeboten war keines brauchbar gefunden worden. Auch die Frage des Umbaues der Irrenanstalt, der Verlegung der Kliniken in den Vorgarten der Irrenanstalt wurde diskutiert, aber hauptsächlich auf Intervention der Psychiater abgelehnt. Im Jahre 1871/2 wurde allen Ernstes der Plan erwogen, die geburtshilflichen Kliniken zu trennen, jene für Mediziner auf den Gründen des Findelhauses zu erbauen und die Klinik für Hebammen in eine der belebtesten Vorstädte von Wien zu verlegen. Gegen dieses Projekt wendete sich aber das Professorenkollegium mit der Begründung, es sei im Interesse des für den Unterricht nötigen Materiales eine solche Trennung abzulehnen.

Nach einem jahrelangen Stillstande der Angelegenheit wurde dieselbe seit 1882 wieder energischer betrieben. Im Jahre 1887 kam ein Kaufangebot, betreffend das sogenannte „rote Haus“, welches dem Krankenhause ganz nahe gelegen war. Auch dieser geeignet scheinende Vorschlag wurde aus finanziellen Gründen verworfen, trat doch immer mehr das Bestreben hervor von Seite des Landes, die Kosten des Baues der geburtshilflichen Kliniken abzulehnen.

In der ganzen langen Zeit waren durchgreifende bauliche Veränderungen im Gebärhause nicht vorgenommen worden. Allerdings wurden hauptsächlich über Intervention

von C. v. Braun mit der Absicht der Bekämpfung des Puerperalfiebers weit ausgedehnte Ventilationsvorrichtungen getroffen, in den letzten Dezennien wurde ein neuer Hörsaal aus einem Wochenzimmer gemacht, es wurde unter Einbeziehung einer dem Krankenhause gehörenden Wohnung dieser Verlust an Betten ersetzt, es wurden ein paar ganz kleine, menschenunwürdige Räume zu Laboratorien umgestaltet, in vielen Zimmern Terrazzoböden gelegt und Ölanstrich gemacht und soweit nur möglich die Wasserleitungen und Waschvorrichtungen in besseren Stand gesetzt. So glaubte man die Verhältnisse wesentlich günstiger gestaltet zu haben, wozu freilich die unter den größten Anstrengungen erzielte Verringerung der Mortalität beitrug, eine Tatsache, die für alle Zeiten den Stolz der damaligen Vorstände bilden wird. Das war auch der Grund, daß in den siebziger Jahren die Vorstände der Kliniken erklärten, sie würden lieber in den alten klinischen Räumen bleiben, als in die Trennung der Kliniken, in die Zerreißung des Materiales, willigen.

Eine vom Professorenkollegium im Jahre 1892 gemachte, hauptsächlich die Zustände in der 3. (Hebammenklinik) betreffende Eingabe legte aber klar, daß all die Verbesserungen nicht genügt hatten und daß schreiende, durchaus sanitätswidrige Übelstände nach wie vor weiterbestanden.

Nun wurden — freilich aus dem oben angegebenen Grunde von vornherein aussichtslos — neuerlich verschiedene Projekte vorgenommen, so die Verwendung des Findelhauses zu den Gebärkliniken für Mediziner und die Verlegung des ersteren nebst der Hebammenklinik nach Weinhaus, ferner die Verwendung des Grundes der Alserkaserne, welcher Vorschlag jetzt zum ersten Male auftauchte.

Die Unterrichtsverwaltung hatte in dankenswertester Weise immer daran festgehalten, daß sowohl der Zusammenhang der gynaekologischen mit den geburtshilflichen Kliniken untereinander, wie dieser beiden mit allen anderen medizinischen Kliniken aufrecht zu erhalten sei, und so war die Erbauung der Gebärkliniken ein integrierender Bestandteil der Verhandlungen bzw. Beschlüsse, welche sich auf den Neubau der Kliniken überhaupt beziehen, geworden. Das Professorenkollegium hatte inzwischen Stellung gegen das Alserkasernprojekt genommen, weil es vor seinem Beschlusse die Herstellung eines Generalbauplanes verlangte und dies aus dem Grunde nicht möglich gewesen wäre, weil die Fläche der Alserkaserne mit etwas über 20.000 m^2 mehr jenen des Krankenhauses nicht genügt hätte, alle Kliniken darauf unterzubringen. Aus ähnlichen Gründen wurde da auch das Ottakringer Projekt nicht ernst in Betracht gezogen.

Noch dringender als der Bau der Gebäranstalt war den Landesbehörden jener einer neuen Findelanstalt erschienen. Tatsächlich befand sich dieselbe in einem unbeschreiblich jämmerlichen Zustande; sie bildete nicht bloß eine Gefahr für die Pfleglinge, sondern auch für die doch so dicht bevölkerte Umgebung. Auch die Verhältnisse der Irrenanstalt, welche nicht mehr für die Hälfte der Hilfesuchenden Platz hatte, drängten zur Abhilfe und so reifte der schon oft ventilierte Gedanke einer großen Aktion, des Baues einer neuen Irrenanstalt, der Verwendung ihres Grundes zur Herstellung sämtlicher medizinischen Kliniken, der Verlegung des Findelhauses nach Gersthof und im Anschlusse daran des Baues eines neuen städtischen Versorgungshauses an Stelle des in der Spitalgasse gelegenen, dessen Grund, da es unmöglich erschien, alle Kliniken auf den Irrenhausgründen unterzubringen, ebenfalls zum Baue der klinischen Anstalten verwendet werden sollte.

Es war das ein großer, schöner Plan, der nur deshalb nicht früher gefaßt worden war, weil sich ungemein große Kosten und Schwierigkeiten in den Verhandlungen mit

dem Lande ergeben hatten. Jetzt aber, in der dringendsten Not, fand man allenthalben weitgehendes Entgegenkommen und am 2. Oktober 1902 wurde der Vertrag unterzeichnet, nach welchem die Gründe der Irrenanstalt und des Versorgungshauses in den Besitz des Staates übergingen.

Jahrelange, äußerst schwierige und komplizierte Verhandlungen haben so ein Projekt zur Reife gebracht, welches hoffentlich zum Segen aller beteiligten Faktoren ausschlagen und die medizinische Fakultät für die viele Dezennien hindurch geschehenen Versäumnisse und Unterlassungen entschädigen und sie in den Stand setzen wird, eine neue, glänzende Ära ihrer Wirksamkeit zu beginnen. In den Verhandlungen des Jahres 1900 wurde natürlich auch die Frage der Materialverteilung zwischen den Kliniken eingehend erörtert, doch waren keine bindenden Bestimmungen wegen der Hebammenklinik getroffen worden. Hieraus ergaben und ergeben sich bis jetzt Schwierigkeiten, welche uns nicht in die Lage brachten, die schon fertigen Kliniken zu beziehen. Die Materialfrage ist für uns die allerwichtigste. Das riesenhafte Material, größer als irgend eines der Welt, hat, man kann sagen, die geburtshilfliche Vormachtstellung der Wiener Fakultät begründet, und das festzuhalten ist natürlich die Pflicht derselben. Dieses riesenhafte Material von 11.000—12.000 Geburten im Jahre zu bewältigen, erfordert selbstverständlich Räume und Mittel, welche dem Fernstehenden fast unbegreiflich erscheinen, doch ist zu bedenken, daß wir nicht an einer Klinik das Drittel, also etwa 3500 Geburten, sondern in den 12 Stunden der Aufnahme die Quote des ganzen Materiales zu beherrschen haben.

Die Rücksicht auf die Erhaltung und gleichmäßige Verteilung des Materiales gab den Landesbehörden Gelegenheit, Forderungen zu stellen, die Ausführung des schon lange Jahre gefaßten Planes, die Hebammenschule möge von dem Staate übernommen werden, zu verwirklichen. Es wäre hiermit einem von vielen Seiten auch außer Österreich ausgesprochenen Verlangen, den Hebammenunterricht in einer Staatsanstalt zu leisten, Rechnung getragen.

Schon seit dem Jahre 1890 hatten sich die Vorstände der geburtshilflichen Kliniken mit dem Bedürfnisprogramm einer neuen Anstalt befaßt. 1894 wurde ein solches von der k. k. Statthalterei verlangt und sofort von den Vorständen aller Kliniken vorgelegt.

Die Forderungen, welche die beiden Vorstände der geburtshilflich-gynaekologischen Kliniken stellten und welche bis nun, soweit es den Krankenbelegraum betrifft, in keiner Weise überschritten worden sind, waren im Prinzipe folgende: Festhalten daran, daß die geburtshilflichen Kliniken mit den gynaekologischen verbunden bleiben.

Die Zahl der Wochenbette muß so groß sein, daß es möglich ist, nicht nur unserer Vorschrift zu entsprechen, welche verlangt, daß die Wöchnerinnen 10 Tage Wochenbettpflege genießen, sondern daß diese Wochenpflege bis zu 12 Tagen ausgedehnt werden kann, ein Postulat, welches heute schon allenthalben ausgesprochen und eine der nächsten Forderungen der sozialen Bewegung bilden wird; dabei wurde verlangt, daß es möglich sei, jedes Wochenzimmer wenigstens 24 Stunden lang zu lüften und zu reinigen, bevor es wieder belegt würde, und schließlich wurde ausgesprochen, daß sowohl an der geburtshilflichen wie an der gynaekologischen Klinik je zwei Operationsräume bzw. Kreißzimmer bestünden, welche es ermöglichten, bei Verunreinigung (Infektion) des einen, sofort einen aseptischen Raum benutzen zu können.

Die Tatsache, daß von dem verfügbaren Baugrunde sich nur jener Anteil für die Frauenkliniken — es wurde beschlossen, den Namen Geburtshilfliche Klinik fallen zu lassen — eignete, auf welchem das Versorgungshaus stand, daß ferner dieser Grund früher verfügbar war als jener des Irrenhauses, da das Versorgungshaus in Lainz

früher fertiggestellt werden konnte, brachte es mit sich, daß der Anfang der ganzen Bauaktion mit der Herstellung der Frauenkliniken gemacht werden mußte.

Am 3. März 1904 erfolgte die Übernahme eines Teiles des Versorgungshauses und es wurde sofort mit den Nivellierungsarbeiten begonnen.

Am 10. Mai 1904 wurde der Generalbauplan und das Detailprojekt der Frauenkliniken am 6. Juni 1904 genehmigt; am 21. Juli 1904 fand die feierliche Grundsteinlegung durch den Kaiser statt.

Nun begann eine lange dauernde, mühevolle Arbeit der Vorstände der Kliniken. Die Gestaltung des verfügbaren Baugrundes einerseits, andrerseits das Bestreben, sie zu gleichwertigen Instituten auszugestalten, welches in den, soweit dies möglich war, gleichgestalteten Grundrissen zum Ausdrucke gelangte, bedingte es, daß sowohl bezüglich der baulichen Herstellung wie bezüglich der inneren Einrichtung, für welche am 1. Mai 1907 ein nicht zu überschreitender Betrag von je 400.000 K angewiesen worden war, jede Frage, jedes Detail von beiden Vorständen im Vereine mit der Bauleitung studiert und durchgesprochen wurde.

Vor allem die Niveauverhältnisse des Bauplatzes hatten aber doch gewisse, nicht wesentliche Verschiedenheiten der beiden Kliniken bedingt. Die beiden Vorstände haben es für recht gehalten, durch das Los zu entscheiden, welcher die eine oder die andere Klinik übernehmen sollte.

Eine unabsehbare Reihe von Schwierigkeiten während des Baues und der inneren Einrichtung, unter denen die abgewiesene Zahlstock- und die Wärterinnenfrage wohl die wichtigsten Rollen spielten, hatten den Bau verlangsamt. Man rechnete ursprünglich, am 1. Oktober 1907 die Kliniken eröffnen zu können; dann verschob sich der Termin auf den 1. April 1908 und dieser hätte wohl eingehalten werden können, wenn sich nicht im letzten Augenblicke die früher erwähnten Hindernisse uns lange unbesieglich aufgetürmt hätten.

Der geburtshilfliche Unterricht in Wien.

Ein historischer Rückblick von **J. Fischer.**

Die Ausübung der Geburtshilfe lag so wie anderwärts auch bei uns in Wien durch Jahrhunderte fast ausschließlich in den Händen der Hebammen. Männlicher Beistand wurde nur in den verzweifeltsten Fällen gesucht und dann nur von Badern (balneatores, barbitonsores) und Chirurgen geleistet, während für die Doktoren der Medizin, welche höchstens die Rolle von Zuschauern spielten, noch im weitesten Umfange der Ausspruch von Le Bon galt: „Haec ars viros dedecet." Hebammen und Chirurgen genossen keinerlei Unterricht, während das, was den Studierenden der Medizin in geburtshilflicher Beziehung vom Professor praxeos gelehrt wurde, sich auf die spärlichen, von den Griechen und Arabern überlieferten Kenntnisse beschränkte.

Erst im Beginn des 18. Jahrhunderts trat insofern eine Besserung ein, als in den Ärzten und Chirurgen wenigstens das Bedürfnis erwachte, ins Ausland zu wandern, an jene Stätten, wo man der Geburtshilfe bereits erhöhte Aufmerksamkeit zu schenken begann. Insbesondere Frankreich galt als das gelobte Land. Aus jener Zeit stammt die bei uns auch heute noch nicht ganz ausgestorbene Bezeichnung „Accoucheur" (Chirurgien accoucheur). Der großen Kaiserin Maria Theresia, welche nach dem Ausspruche Plenks „die Weisheit der Gekrönten mit den Gefühlen einer Mutter vereinigte", war es vorbehalten, den ersten geburtshilflichen Unterricht in Wien ins Leben zu rufen.

Fraglos ging der Anstoß hierzu von van Swieten aus. Der Unterricht beschränkte sich in den ersten Jahren ausschließlich auf die Unterweisung der Hebammen; ihn hatte der kaiserliche Leibarzt Josef Molinari vom Jahre 1748 ab zu erteilen.

Sein Nachfolger Johann Nepomuk Crantz (1754), welcher auf Wunsch und Kosten der Kaiserin in Paris bei Levret und Puzos in der Geburtshilfe herangebildet worden war, gehört bereits als Lector artis obstetriciae dem Lehrkörper der medizinischen Fakultät an. Er erteilte geburtshilflichen Unterricht nicht nur den Hebammen, sondern auch den Studierenden der Medizin und der Chirurgie; von dieser Zeit ab konnten Ärzte und Chirurgen neben dem Doktorat der Medizin und dem Magisterium chirurgiae auf Grund eines Examens auch das Magisterium der Geburtshilfe erlangen. Der Unterricht war anfänglich ein ausschließlich theoretischer; eine Verpflichtung, sich auch praktisch auszubilden, bestand ursprünglich nicht. Wohl wurde sowohl den Hebammen als auch den Geburtshelfern der Eintritt in das seit dem Jahre 1706 bestehende Schwangerenspital zu St. Marx gestattet, aber erst im letzten Viertel des 18. Jahrhunderts wurde die Absolvierung einer praktischen Dienstzeit von zwei Monaten dortselbst zur Pflicht gemacht und ein diesbezüglicher Nachweis vor Ablegung des Examens gefordert. Crantz hat trotz seiner kurzen Wirksamkeit — er vertauschte nach damals üblicher Sitte das Lektorat der Geburtshilfe 1756 mit der besser dotierten Professura institutionum et materiae medicae — Grundlegendes für die Geburtshilfe geleistet. Neben der Schaffung eines brauchbaren Hebammenlehrbuches, welches auch durch zwei Jahrzehnte als „vorgeschriebenes“ Lehrbuch für den Unterricht der Geburtshelfer galt, hat er sich durch eine Monographie über die bis dahin wenig beachtete Uterusruptur und durch seinen Kampf gegen den Gebrauch der scharfen Werkzeuge hervorragende Verdienste um die Geburtshilfe erworben. Insbesondere sein Auftreten gegen den namentlich in Frankreich und Deutschland herrschenden Furor operativus und gegen die barbarischen Methoden seiner Zeitgenossen (Mittelhäuser, Deisch) wurde richtunggebend für die ganze weitere Entwicklung der Geburtshilfe in Wien. Der Nachfolger von Crantz Ferdinand Valentin v. Lebmacher (1756—1797) hat in seiner 41jährigen Tätigkeit sich zwar literarisch nicht betätigt, aber eine ganze Reihe von Männern zu tüchtigen Geburtshelfern herangebildet, welche, wie Plenk, Zeller und Boer, den Ruhm der Wiener geburtshilflichen Schule zu mehren bestimmt waren. Plenk, zuerst Lehrer der Geburtshilfe an den Universitäten zu Tyrnau, Ofen und Pest, später Professor der Chemie und Botanik am Josephinum, hat, wenn auch in Wien nicht als akademischer Lehrer der Geburtshilfe tätig, durch seine in vielen Auflagen erschienenen Lehrbücher der Geburtshilfe befruchtend auf das Studium gewirkt. Er war es, der das erste deutsche Lehrbuch der Geburtshilfe schuf, der als erster die Bezeichnung „Geburtsmechanismus“ gebrauchte, wie er den Ärzten überhaupt den rein mechanischen Ablauf der normalen und pathologischen Geburtsvorgänge einzuprägen suchte.

Die geburtshilfliche Abteilung des St. Marxer Krankenhauses unterstand in dieser Zeit dem sich ebenfalls durch seinen Konservativismus rühmlich auszeichnenden Rechberger und seinen Assistenten Knauer (später Professor in Lemberg), Streidel, Zeller.

Neben Lebmacher trat im Jahre 1774 Raphael Steidele als außerordentlicher Lehrer der Geburtshilfe mit der Bestimmung, jenen Ärzten und Hebammen Unterricht zu erteilen, welche nur für kurze Zeit in Wien Aufenthalt nehmen und daher die ordentliche Semestralvorlesung nicht absolvieren konnten. Steidele erteilte nicht nur theoretischen, sondern auch klinischen Unterricht in der Geburtshilfe, zu welchem Zwecke ihm sechs Betten in Stolls medizinischer Klinik zur Verfügung standen.

In der Studienordnung vom Jahre 1785, welche der persönlichen Initiative Kaiser Josefs II. entsprang, wird der Unterricht in der Geburtshilfe — wenn auch nur der theoretische — in den Lehrplan der Studierenden der Medizin und Chirurgie aufgenommen; schon früher war die Bestimmung getroffen worden, daß jene Ärzte und Chirurgen, welche eine Anstellung als Kreisphysici oder Kreiswundärzte erstrebten, sich über die erfolgte Prüfung in der Geburtshilfe ausweisen mußten; später wurde wenigstens für die Chirurgen die Ablegung der geburtshilflichen Prüfung obligatorisch und 1807 wurde, um Mißbräuchen vorzubeugen, verordnet, daß für die Chirurgie und Geburtshilfe nur ein Diplom verabfolgt werden dürfe.

Ein bedeutsamer Wandel vollzieht sich aber im geburtshilflichen Unterricht mit der Schaffung der ersten offiziellen geburtshilflichen Klinik durch den unvergeßlichen Kaiser Josef II., welcher in all seinen Verfügungen die praktische Ausbildung in den Vordergrund zu stellen bemüht war. Josef II., welcher im Jahre 1784 das noch heute bestehende „Hauptspital“ schuf, mit welchem die Gebäranstalt und das Irrenhaus organisch verbunden waren, übergab im Jahre 1789 Lukas Johann Boer, welcher sich über Wunsch des Kaisers und auf dessen Kosten auch im Ausland in der Geburtshilfe fortgebildet hatte, die sogenannte Gratisabteilung der Gebäranstalt, während die drei Klassen für Zahlende dem im Jahre 1784 zum Primargeburtshelfer ernannten Zeller verblieben. Boer war es, der mit allem Nachdrucke dafür eintrat, die Natur in ihrem gesetzmäßigen Wirken möglichst ungestört walten zu lassen, und daher mit vollem Fug und Recht auch von uns als Begründer der natürlichen Geburtshilfe bezeichnet werden kann, als den er sich selber schon betrachtete. Die Lehre von der Schiefstehung des Uterus, welche Hekatomben von Opfern gekostet hatte, warf er kurzweg über Bord; er zeigte, daß die Gesichtslagen und die Beckenendlagen ruhig den Naturkräften überlassen werden können. Er räumte auf mit dem vielen Wust althergebrachter abergläubischer und unwahrer Vorstellungen und Begriffe und trug den Ruhm der Wiener geburtshilflichen Schule weithinaus in alle Lande. Eine große Reihe der bedeutendsten deutschen Geburtshelfer, Männer wie Froriep, Jörg und d'Outrepont, nannten sich mit Stolz Boers Schüler, und in Wien Geburtshilfe zu treiben, galt zu Boers Zeiten und noch Dezennien über Boer hinaus als Ehrenpflicht jedes strebsamen Arztes im Reiche.

Als nach Lebmachers Tode 1797 die Kanzel der theoretischen Geburtshilfe erledigt war, gelang es Boer nicht, den theoretischen und praktischen Unterricht in seiner Person zu vereinigen, da Steidele als der dienstältere Lehrer an Lebmachers Platz nachrückte. Steidele selbst, der ganz in den von Crantz gewiesenen Pfaden wandelte, der gleich Crantz ein Hebammenlehrbuch, eine Abhandlung über die Uterusruptur und ein Werk über den Gebrauch der Instrumente verfaßt hatte, hat für die Geburtshilfe nichts Originelles geleistet. Er las, wie sein Vorgänger Lebmacher, die theoretische Geburtshilfe anfänglich nur zweimal wöchentlich, bis durch die Studienordnung vom Jahre 1810 die täglichen Vorlesungen (d. h. 5mal wöchentlich) eingeführt wurden. Erst nach Steideles Rücktritt wurde Boer auch zum Professor der theoretischen Geburtshilfe ernannt, ohne jedoch den Erwartungen der leitenden Kreise genügend zu entsprechen. Boer, der Mann der Praxis, verstand es nicht, seine Vorlesungen nach dem althergebrachten Schimmel einzurichten, was einer der Hauptgründe dafür war, daß eine Disziplinaruntersuchung gegen ihn eingeleitet wurde, in deren Folge er im Jahre 1822, wenn auch schon hochbetagt, in den Ruhestand versetzt wurde.

Ein Rückblick auf die Entwicklung der Geburtshilfe in Wien wäre unvollständig, wenn wir an dieser Stelle nicht auch eines Zeitgenossen Boers, des hochbegabten

Wilhelm Schmitt, des Lehrers der Geburtshilfe an der k. k. medizinisch-chirurgischen Josefs-Akademie, gedenken würden, welcher der Begründer einer wissenschaftlichen Tätigkeit auf dem Gebiete der Geburtshilfe genannt werden kann und so Boers hauptsächlich auf die praktische Ausübung gerichtetes Wirken glücklich ergänzte. Eine große Zahl von Arbeiten, von denen insbesondere jene über die Diagnostik der Schwangerschaft, über den Mechanismus der Geburt, über die Conglutinatio orificii externi, über die Extrauteringravidität hervorzuheben sind, haben den Ruhm der Wiener Schule im Ausland gemehrt.

Die mit Boer gemachten Erfahrungen führten dazu, daß der theoretische und praktische Unterricht wiederum geteilt wurden; aber es waren zwei recht unbedeutende Männer, welche das Erbe Boers antreten sollten. Johann Philipp Horn, früher Lehrer am Lyzeum in Graz, wird Professor der theoretischen, Johann Klein, bis dahin Lehrer am Lyzeum in Salzburg, Professor der praktischen Geburtshilfe. Horn, welcher sich wenigstens literarisch zu betätigen suchte, indem er ein Lehrbuch für Studierende und ein solches für Hebammen verfaßte, trat schon 1840 in den Ruhestand, während Klein sein Amt bis zu seinem im Jahre 1856 erfolgten Tode bekleidete.

Die Überfüllung der Gratisabteilung der Gebäranstalt hatte schon im Jahre 1833 dazugeführt, daß bauliche Erweiterungen (durch das sogenannte Neugebäude) notwendig wurden und daß ein Teil ihrer Geschäfte an den damaligen Primargeburtshelfer der Zahlabteilung, Franz Xaver Bartsch, abgegeben werden mußte, welcher zunächst als provisorischer Professor dieser zweiten geburtshilflichen Klinik vorstand. Die zweite geburtshilfliche Klinik wurde anfänglich ebenso wie die erste von Schülern und Schülerinnen frequentiert, bis im Jahre 1839 die erste Klinik ausschließlich zur Heranbildung der Ärzte, die provisorische zweite zur Ausbildung der Hebammen bestimmt wurde, nachdem die Trennung des theoretischen Unterrichtes für Ärzte und Hebammen schon durch die Studienordnung vom Jahre 1833 vorgesehen war. Jahrelang konnte sich die Regierung nicht entschließen, die 2. geburtshilfliche Klinik zu einer definitiven zu gestalten, und als dies endlich doch im Jahre 1840 geschah, wurde Bartsch 1842 zum definitiven Professor ernannt, in welcher Eigenschaft er bis zum Jahre 1861 wirkte.

Die Wiener Gebäranstalt, insbesondere aber Kleins Klinik war die Stätte der verheerendsten „Puerperalendemien“. Seit dem zweiten Dezennium des 19. Jahrhunderts hatte man sich in Wien mit regem Eifer dem Studium der normalen und pathologischen Anatomie zugewendet und Studenten sowie Ärzte waren gewohnt, vom Seziersaal auf das Kreißzimmer zu wandern, zumal die Studienordnung vom Jahre 1810 von den Kandidaten der Geburtshilfe den Nachweis der praktischen Befähigung nicht nur wie bisher am Phantom, sondern auch am Leichnam verlangte, ja die Leichenübungen „für unendlich lehrreicher“ als die Übungen am Phantom erklärte. So war es leicht erklärlich, daß die Puerperalmortalität, welche auch noch zu Boers Zeiten durch viele Jahre hindurch weniger als ein Prozent betragen hatte, nun erschreckend in die Höhe ging. Klein stand dem Schreckgespenst des Kindbettfiebers machtlos gegenüber und erst seinem genialen Assistenten Ignaz Philipp Semmelweis (1847—1849) war es vorbehalten, die Ätiologie jener Krankheit zu ergründen, an deren Erkenntnis in Wien Männer wie Boer, Helm, Rokitansky vergebliche Mühe aufgewendet hatten. Semmelweis fand leider bei seinem Chef weder Verständnis noch Wohlwollen. Vertreter anderer Disziplinen, wie Skoda und Hebra, waren es, welche der Entdeckung sofort begeisterte Zustimmung entgegenbrachten. Von Fachgenossen, welche sich an Semmelweis' Seite stellten, sind nur sein Vorgänger als Assistent bei Klein, der zu früh

verstorbene Johann Chiari, später Professor in Prag und am Josephinum in Wien, sowie sein Assistentenkollege an der zweiten Klinik, Arneth, zu nennen. So kam es, daß die „puerperale Sonne“, welche in Wien aufgegangen war, die sich auftürmenden Wolken nicht zu zerstreuen vermochte und Semmelweis', kaum Privatdozent geworden, Wien den Rücken wandte.

Der Nachfolger Semmelweis' in der Assistentenstelle bei Klein, Karl Braun (später Ritter v. Fernwald), wurde auch der Nachfolger seines Chefs, der seit Horns Rücktritt sowohl den theoretischen wie den praktischen Unterricht versehen hatte. Karl Braun, welcher durch drei und einhalb Jahrzehnte sein Amt bekleidete, ist der Repräsentant der sogenannten zweiten Wiener geburtshilflichen Schule. Er vereinigte den theoretischen und den praktischen Unterricht, die bis dahin auch räumlich getrennt waren, zu jener Form der geburtshilflichen Klinik, wie sie noch heute besteht. Der praktische Unterricht, der früher nur in zweimonatlichen Kursen erteilt wurde, wurde zugleich auf ein ganzes Semester ausgedehnt und es wurden die Hörer (also auch die Studierenden der Medizin) zum turnusmäßigen Praktizieren verpflichtet; im Jahre 1858 wurde der geburtshilflichen Klinik eine gynaekologische beigesellt. Karl Braun (1856—1891) verdankt die Klinik eine Reihe weiterer Reformen; es wurde ein eigener Hörsaal und ein eigener Raum für die Operationsübungen eingerichtet, die thermometrische Messung der Wöchnerinnen eingeführt und der Zeit entsprechend der antiseptische Betrieb der Klinik immer mehr ausgestattet (ab 1858 Kal. hypermanganicum, ab 1871 Karbolsäure, ab 1884 Sublimat). Braun selbst war ein unermüdlicher Lehrer; er las außer der geburtshilflich-gynaekologischen Klinik noch geburtshilfliche Operationslehre, gerichtliche Geburtskunde, über Krankheiten der Neugeborenen und Säuglinge, über Hämorrhagien der weiblichen Sexualorgane und gynaekologische Kasuistik. Stets betonte er den ausschließlichen Wert der am Krankenbette erworbenen praktischen Erfahrung und Übung.

Die Studienordnung vom Jahre 1872 brachte die seit Dezennien sehnlichst erwarteten Reformen auch im geburtshilflichen Unterrichte. Durch die Einführung des Doktorates der gesamten Heilkunde wurde jeder angehende Arzt nicht nur zum Studium der Geburtshilfe verpflichtet, sondern es wurde auch eine theoretische und praktische Prüfung aus der Geburtshilfe für jedermann obligatorisch gemacht. Es mußte darum auch für vermehrte Gelegenheit zur praktischen Ausbildung der Ärzte durch eine zweite Klinik Sorge getragen werden, da die eine bestehende Ärzteklinik den erhöhten Anforderungen nicht mehr genügen konnte und zu gleicher Zeit die geburtshilfliche Klinik des Josephinums mit der Auflösung desselben in Wegfall gekommen war. Deshalb wurde im Jahre 1873 eine zweite Ärzteklinik geschaffen und deren Leitung Josef Spaeth (1873—1885) übertragen, welcher sich schon als junger Assistent an der Hebammenklinik von Bartsch eifrig wissenschaftlich auf dem Gebiete der Geburtshilfe betätigt hatte und dann nach sechsjährigem Wirken am Josephinum auch der Nachfolger von Bartsch geworden war. An Stelle Spaeths in der Leitung der jetzt dritten geburtshilflichen Klinik, der Hebammenklinik, trat der letzte Assistent Kleins, Gustav Braun (später v. Braun), der auch Nachfolger Spaeths am Josephinum gewesen war.

Spaeth, der mit Leib und Seele an seinem Lehrberuf hing und im Gegensatz zu Karl Braun, welcher den pathologischen Fällen sein ganzes Interesse widmete, beim Unterricht das Hauptgewicht auf die Kenntnis des physiologischen Ablaufes der geburtshilflichen Vorgänge legte, hat sich — ursprünglich, wie Karl Braun, ein Gegner von Semmelweis — zum konsequentesten Vertreter der anfänglich verkannten Lehre

durchgerungen und sie in begeisternder Weise auch seinen Schülern tief ins Herz zu senken bemüht. Die von ihm im Jahre 1877 ausgeführte Porrosche Operation war der erste an einer deutschen Klinik geübte Kaiserschnitt mit Entfernung des Uterus und zugleich der erste glücklich verlaufene Kaiserschnitt überhaupt in der fast ein Jahrhundert alten Gebäranstalt.

Von den Assistenten Karl Brauns gelangte eine Reihe zur Lehrtätigkeit. Moritz Ritter v. Madurowicz wurde Professor in Krakau, Dismas Kuhn Professor an der Hebammenlehranstalt in Salzburg, Karl Freiherr v. Rokitansky Professor der Geburtshilfe in Graz, Ludwig Bandl und Karl Pawlik Professoren der Geburtshilfe in Prag, Hubert Riedinger Professor der Geburtshilfe in Brünn, Egyd Welponer Professor der Geburtshilfe in Triest, Anton Felsenreich, Egon Braun Ritter v. Fernwald und Karl August Herzfeld wirken im Verband der Wiener Universität. Brauns Assistenten Karl Mayrhofer gebührt das Verdienst, als erster auf den Keimgehalt der Lochien bei Puerperalkranken hingewiesen zu haben, und Bandl hat sich um die Lehre von der Uterusruptur, die von ihm in den Mittelpunkt der Diskussion gerückt wurde, namhafte Verdienste erworben.

Von Spaeths Assistenten wirken Friedrich Schauta und Ludwig Piskaček in Wien, Richard Lumpe als Professor an der Hebammenlehranstalt in Salzburg, Ehrendorfer als Professor der Geburtshilfe in Innsbruck.

Spaeth, den ein hartes Mißgeschick schon im Jahre 1885 zwang, sein Lehramt niederzulegen, fand in August Breisky, einem Schüler von Seyfert, dann Professor in Bern und Prag, einen würdigen Nachfolger, dessen Lehrtätigkeit in Wien aber nur kurze Zeit währen sollte. Breisky erwirkte der II. geburtshilflichen Klinik einen eigenen Hörsaal und betrieb energisch — wenn auch ohne Erfolg — den Bau einer neuen Anstalt. Schon im Jahre 1889 übernahm Rudolf Chrobak (seit 1871 Privatdozent, seit 1880 außerordentlicher Professor), der sich insbesondere am Ausbau der modernen Gynaekologie betätigt hatte, die durch Breiskys jähen Tod verwaiste Lehrkanzel. Unter Chrobak wurden die gynaekologische Abteilung erweitert, ein Sterilisierraum, ein Laboratorium und neue Assistentenwohnungen eingerichtet. Seit 1891 wirkt Friedrich Schauta (vorher Professor in Innsbruck und Prag) als Nachfolger von Karl Braun an Chrobaks Seite. Schauta verdankt die Klinik einen eigenen Operationssaal, ein Ambulatorium und einen Warteraum für gynaekologisch Kranke, welche bis dahin vollkommen fehlten. Auch ein Sterilisierraum, ein Badezimmer und ein kleines Laboratorium sowie ein Vorbereitungsraum für vorzustellende Kranke und ein Arbeitszimmer für den Vorstand der Klinik wurden auf Betreiben Schautas neu geschaffen.

Im Jahre 1882 war nach dem Muster des seit 1807 bestehenden chirurgischen Operationsinstituts auch ein geburtshilfliches Operationsinstitut geschaffen worden, um eine größere Zahl von Ärzten zu praktischen Geburtshelfern heranzubilden.

Gustav v. Braun, der durch 12 Jahre am Josephinum lehrte und 27 Jahre den Hebammenunterricht leitete, hat eine rege literarische Tätigkeit entfaltet und ebenfalls eine Reihe von Schülern in die akademische Lehrtätigkeit eingeführt; die schon früher genannten Felsenreich, Pawlik und Welponer dienten auch als Assistenten an der Hebammenklinik; Camillo Fürst wurde Privatdozent in Graz, der frühverstorbene Otto v. Weiss Leiter der Hebammenlehranstalt in Sarajewo, Karl Breus, Hubert Peters und Richard Braun Ritter v. Fernwald wirken in Wien. Mit dem Rücktritt Gustav v. Brauns im Jahre 1900 wurde die Hebammenklinik als k. k. Hebammenlehranstalt von der Universität abgetrennt.

Im Jahre 1899 war durch die neue Rigorosenordnung der obligatorische Besuch der geburtshilflich-gynaekologischen Klinik auf zwei Semester ausgedehnt worden.

Nach 37jähriger akademischer Lehrtätigkeit trat Chrobak 1908 in den Ruhestand; von seinen Assistenten wurde Alfons Edler v. Rosthorn (früher Professor in Prag, Graz und Heidelberg) sein Nachfolger in der Leitung der II. Klinik, Emil Knauer Professor in Graz.

Das ungeheure Unterrichtsmateriale und die seit den Zeiten von Crantz und Boer festgehaltenen Grundsätze einer konservativen Geburtshilfe haben den Ruhm der Wiener geburtshilflichen Schule fest gegründet; Tausende von Ärzten aus dem Auslande, darunter Männer wie Elias v. Siebold, Eduard Martin, Otto Spiegelberg u. v. a. haben in Wien geburtshilflichen Unterricht genossen. Trotz vieler Hemmnisse, insbesondere trotz der schon seit mehr wie einem Jahrhundert ungenügenden und wenig geeigneten Anstaltsräume, um deren Erweiterung sich alle klinischen Lehrer der Reihe nach mit wenig Erfolg bemühten, trotz schmaler Dotationen und trotz spärlicher Hilfskräfte sind die Wiener geburtshilflichen Kliniken nicht nur den Aufgaben des Unterrichtes, sondern auch denen der wissenschaftlichen Arbeit gerecht geworden. Aber die erhöhten Anforderungen, welche heute die Asepsis an die Einrichtungen einer modernen Klinik stellt, die vielfachen Hilfsmittel, deren der Anschauungsunterricht der Gegenwart bedarf, und die Umgestaltung, welche die Forschungsmethoden auf allen Gebieten der Medizin erfahren haben, ließen die nur durch ihr Alter geheiligten Stätten mit ihren engen Auditorien, ihren überfüllten Krankenräumen, ihren menschenunwürdigen Laboratorien in den letzten Dezennien wahrhaft rückständig erscheinen, ja es drohten direkte Gefahren für den Betrieb der Kliniken, für den Unterricht und die wissenschaftliche Arbeit. Freuen wir uns, daß diese Zeiten nun wirklich historische geworden sind!

Bau und Einrichtung der neuen Frauenkliniken.

Von **F. Schauta.**

I. Allgemeine Beschreibung des Baues.

Die neuen Frauenkliniken wurden errichtet auf der Area des alten Versorgungshauses, Spitalgasse Nr. 23. Nur der mittlere Teil des Versorgungshauses blieb stehen. Alles übrige wurde niedergelegt, so daß eine Fläche von 50.000 m^2 für den Bau zur Verfügung stand. Nur 13% dieser Fläche wurden durch die Verbauung in Anspruch genommen, so daß also 87% Gartenfläche übrig bleiben. Für den Bau jeder der beiden Frauenkliniken, und zwar der Hauptgebäude, wurden 3235 m^2 und für den Isolierpavillon 520 m^2 in Anspruch genommen.

Wenn ich nun zur Beschreibung der beiden Hauptgebäude übergehe, so kann ich mich darauf beschränken, nur eines der beiden zunächst ins Auge zu fassen, da die beiden Kliniken in ihrer Anlage fast vollständig gleich sind. Nur in der Beziehung ergibt sich ein Unterschied, daß der Haupttrakt der ersten Klinik die Krankensäle nach Süden und der der zweiten Klinik die Krankensäle nach Norden gerichtet hat. Alles andere ist gleich, bis auf einzelne nicht wesentliche Verschiedenheiten in der Disposition der Räume.

Wir können an dem Grundrisse ein Hauptgebäude und drei Flügel unterscheiden. Das Hauptgebäude der ersten Klinik verläuft von Osten nach Westen, parallel mit der Gießergasse und hat 132 *m* Länge. Senkrecht dazu, nach Süden gerichtet, finden wir drei Flügel, einen östlichen von 25 *m*, einen mittleren und westlichen von je 40 *m*

Achsenlänge. Die letztgenannten beiden Flügel tragen nach Westen gerichtete kurze Anbauten von 18 bzw. 26 *m* Länge. Durch diese Anordnung des Haupttraktes zu den Flügeln entstehen gewissermaßen drei Höfe, von denen der östliche nach Süden vollkommen, nach Osten zum Teil offen ist, der mittlere nur nach Süden und der westliche nur nach Westen geöffnet erscheint. Durch diese Anordnung der Höfe ist sowohl für Licht als auch bei der herrschenden Windrichtung für Luftwechsel genügend gesorgt. Durch die Anordnung der Krankenzimmer nach Süden im Haupttrakte ist sogar Schutz vor Sonne notwendig. Im übrigen halte ich die Südrichtung für Wohn- und Krankenräume für die beste. Denn im Winter bei Tiefstand der Sonne reichen ihre Strahlen bis weit ins Zimmer hinein, ja selbst bis an die gegenüberliegende Wand, während im Sommer bei Hochstand die Sonne nur die Fenster streift und durch entsprechende Plachen leicht auch von diesen abgehalten werden kann.

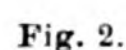
Fig. 1.



Ostseite des Mittelflügels mit Eingang. Rückwärts der Westflügel.

Bezüglich der allgemeinen Einrichtung des Hauses mag erwähnt werden, daß Holzkonstruktionen prinzipiell vermieden sind. Zwischendecken sind aus Eisen und Beton hergestellt. Da das Dach flach ist, so fehlt ein eigentlicher Dachstuhl mit Ausnahme der kleinen Aufbauten über dem mittleren und westlichen Flügel. Für die Fußböden ist größtenteils undurchlässiges Material in Form der Metlacherplatten gewählt. In einzelnen Räumen haben wir Linoleumbelag auf Korkunterlage gewählt, wohl in erster Linie wegen der schlechteren Wärmeleitung. Wände und Decken sind in den meisten Räumen mit Emailölanstrich versehen. Die Übergänge des Fußbodens zu den Wänden und dieser zu den Decken sind allenthalben abgerundet. In einzelnen Räumen ist auf die Höhe von 2 *m* auch die Wand mit Emailplatten belegt und in anderen, wie z. B. in den Operationsräumen, reicht dieser Plattenbelag bis an die Decke. Wichtig ist der Übergang dieser Platten zur Wandfläche darüber; meist wird dieser Übergang durch ein schmales Gesims markiert. Wegen der Gefahr der Staubablagerung haben wir durch allmähliches Übergehen des Mauerverputzes von der Kachelfläche zur Wandfläche dieses Gesims vermieden.

Die Türen sind mit wenigen Ausnahmen Kreuztüren von 115 *cm* Breite. Flügeltüren sind, wo es nur immer ging, vermieden, wegen der Erfahrung, daß nirgends bei Flügeltüren der feststehende Flügel nach oben und unten festgeriegelt wird, sich dann wirft, klappert und nach einiger Zeit nicht mehr schließt. Nur in einigen Räumen, in denen voraussichtlich ein ganz besonders intensiver Verkehr stattfindet, wie z. B. im Hörsaal, wurden Flügeltüren beibehalten. Türschwellen sind überall vermieden, da wir von der Absicht ausgehen, den Transport der Kranken mittelst Bettwagen in ihrem Bette vorzunehmen. Die Fenster sind überall doppelt, die größeren Fenster in Eisen-, die kleineren in Holzrahmen. Nach außen gegen die Straße, besonders gegen die


Fig. 2.



Südfront des Mittelflügels und des zwischen diesem und dem westlichen Flügel gelegenen Teiles des Haupttraktes. Die hohen Fenster sind die des Hörsaales, darunter das Laboratorium, zu unterst das Ambulatorium.

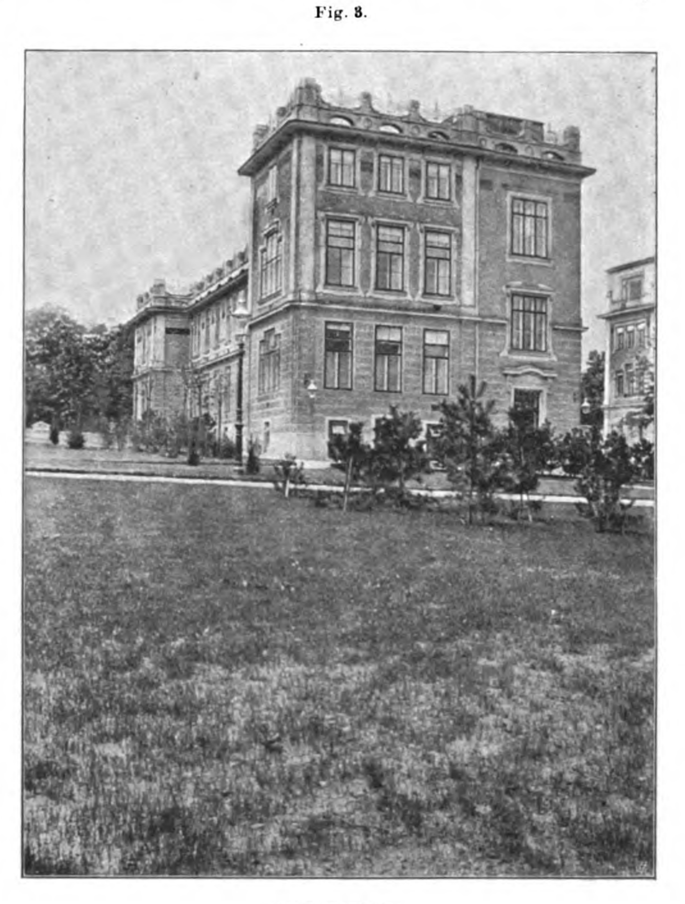
Gießergasse, ist die Verglasung mit mattem Glas vorgesehen, um einen sicheren Abschluß vor unbefugten Blicken zu erzielen.

Bezüglich der Farbe des Anstriches sowohl der Wände als auch der Möbel und demgemäß auch der Farbe der Verkachelung ist hier zum ersten Male der Grundsatz durchgeführt, die rein weiße Farbe überall zu vermeiden. Das Weiß blendet bei heller Tagesbeleuchtung und schmerzt. Die Okulisten sind mit Recht gegen die Anwendung weißer Wandanstriche. Deshalb haben wir in den Krankenzimmern, auf den Korridoren, in den Stiegenhäusern ein helles Grün gewählt, das allerdings so hell ist, daß es bei oberflächlicher Betrachtung weiß erscheint. Da Kacheln in dieser Farbe nicht zu bekommen waren, haben wir ein helles Gelb (Crême) für die Kachelung gewählt. Besonders in den Operationssälen scheint mir diese Neuerung von Vorteil zu sein, da gerade an sehr hellen Tagen der Operateur, der das relativ dunkle Operationsterrain

in der Tiefe der Scheiden- oder Bauchhöhle vor sich hat, durch die grelle weiße Farbe der Wände geblendet wird.

In allen Räumen des Gebäudes finden wir Warm- und Kaltwasserleitung, auch für Hydranten zur reichlichen Wasserspülung und Reinigung sämtlicher Räume ist in genügender Zahl gesorgt. Die Waschbecken und Hähne sind nach verschiedenen Typen gearbeitet, alle möglichst einfach, flach, leicht zu reinigen; von Pedalwasserhähnen haben wir abgesehen, da sich dieselben nicht bewährt haben. Dafür haben die Hähne in den Kreißzimmern und Operationssälen so lange Hebel, daß sie mit dem Ellbogen zugestoßen werden können. Die Aborte sind selbstverständlich allenthalben freistehend und mit reichlicher Wasserspülung. Eine besondere Leibschüsselspülung ist vorgesehen.

Fig. 8.



Isolierpavillon.

Die wichtigsten Räume des Hauses sind durch Telephon miteinander verbunden, während die einzelnen Stationen in ihren Räumen untereinander telegraphische Verbindung haben. Die Zimmer des Vorstandes, der Assistenten, der Internärzte, der Hörsaal, die Operationssäle, die Kreißzimmer, sämtliche Dienstzimmer und der Isolierpavillon sind untereinander durch Telephon verbunden. Außerdem findet sich eine Station des Staatstelephons vor dem Kreißzimmer im Hochparterre, mit einer Nebenstation vor dem Kreißzimmer im ersten Stock und einer zweiten Nebenstation im Zimmer des Vorstandes.

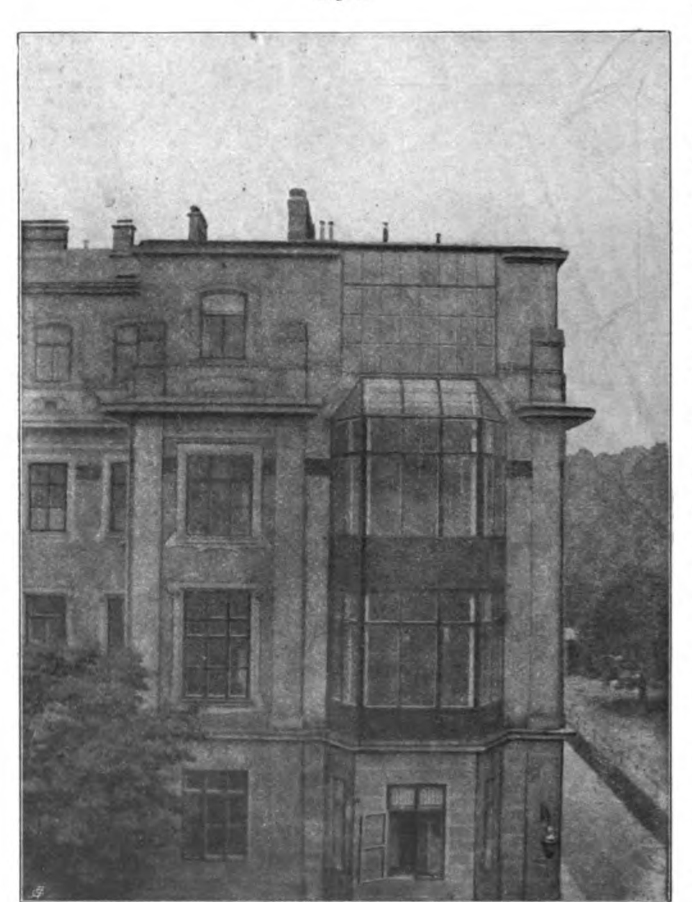
Die Telegraphenleitung ist in der Weise angeordnet, daß von den einzelnen Stationen aus, und zwar von jedem Krankenbett zu den Dienstzimmern der Pflegerinnen, den Teeküchen und Tageräumen die Signale gehen.

Endlich wäre noch über Ventilation und Heizung zu sprechen. Die Luft wird zum Zwecke der Ventilation aus dem Garten gepumpt und durch Schläuche im ganzen Hause verteilt. Die Heizung ist eine Niederdruckdampfheizung. Die Beleuchtung ist zum größten Teile elektrisch, auf den Korridoren ist Gasbeleuchtung mit Auerbrennern.

II. Die einzelnen Räume mit ihren Einrichtungsgegenständen.

Der Haupteingang in die Klinik ist der an der Ostseite des mittleren Flügels. Hier befindet sich eine Portierloge, von der aus Besucher weiter geleitet werden und in der auch Auskünfte erteilt werden sollen bezüglich der im Hause Verpflegten. Außer diesem Eingange finden sich aber noch weitere vier, und zwar einer in der Nordwestecke des östlichen Hofes, zwei im mittleren Hof, und zwar einer an der Ostseite und einer in der Nordwestecke desselben, und der fünfte Eingang an der Südfläche des westlichen Flügels.

Fig. 4.



Blick auf die Fenster der beiden gynaekologischen Operationssäle und des photographischen Ateliers.

Von dem Haupteingang gelangt man über wenige Stufen ins Ambulatorium, das aus einem Untersuchungszimmer, einem Ankleideraum und einem Warteraum besteht. In dem anstoßenden Teile des Mittelflügels, Sockelgeschoß, befindet sich noch ein Untersuchungszimmer für Schwangere, so daß dieser Teil der Anstalt einen Komplex für sich bildet, dessen Anordnung unmittelbar am Haupteingang im untersten Geschoß die Sicherheit bietet, daß der in dieser Station stattfindende rege Parteienverkehr die übrige Klinik in keiner Weise belästigt.

Der Ambulantenuntersuchungsraum enthält neun verschiedene Abteilungen für Untersuchung und Behandlung der ambulanten Kranken. In dem Ankleideraum sind 11 kleine Kabinen, so daß jede Ambulante der Reihe nach sich in einem getrennten Raume aus- und ankleiden kann. Das Wartezimmer ist natürlich gemeinsam für die Kranken und ihre Angehörigen, während das Schwangeren-Untersuchungszimmer für die Aufnahme des Status bereits in der Anstalt befindlicher Schwangerer bestimmt ist. Ein unmittelbar an das letztere anstoßendes Isolierzimmer dürfte wahrscheinlich als Taufkapelle eingerichtet werden, so daß auch dieser Raum mit erfahrungsgemäß starkem Parteienverkehr in den eben genannten Trakt hineinfällt.

Von diesem ersten Trakt abgeschlossen durch eine Eisenglastüre finden wir das Studenteninternat. In einer Reihe von größeren und kleineren Zimmern mit höchstens drei Betten können etwa 20 Studierende untergebracht werden, die daselbst im Turnus eine bis zwei Wochen wohnen, um zu allen Vorkommnissen der Klinik herbeigerufen werden zu können. Das Studenteninternat nimmt im Sockelgeschoß den östlichen Flügel und im Haupttrakt die östliche Hälfte ein.

Wieder durch eine Eisenglastüre abgeschlossen, folgt im Sockelgeschoß im westlichen Teil des Haupttraktes und im westlichen Flügel die Schwangerenabteilung. In 7 Räumen sollen 48 Schwangere bequem untergebracht werden können. Zu diesem Trakt gehört ein Bad mit 4 Wannen und 2 Duschen, eine Teeküche und ein Dienstzimmer der Pflegerin.

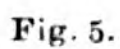
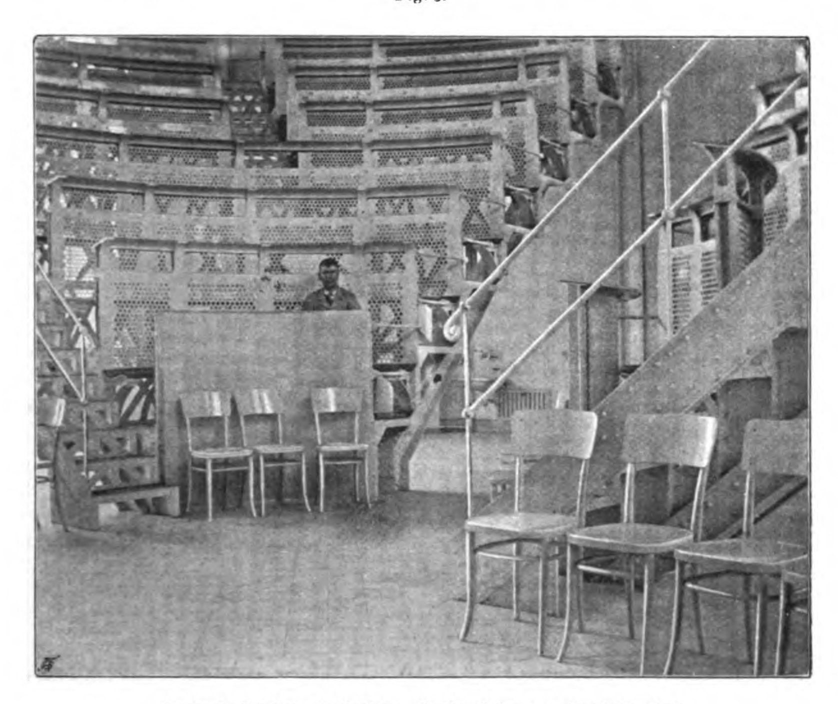


Fig. 5.



Hörsaal. Seitliche Aufnahme. Halbe Höhe des Amphitheaters.

Im Hochparterre nimmt den östlichen Flügel und einen Teil des Hauptgebäudes sowie etwa die Hälfte des mittleren Flügels eine Wöchnerinnenstation ein, in der ein großes Wochenzimmer mit 24, ein kleineres Wochenzimmer mit 9 und drei kleine Zimmer mit 2 bzw. einem Bett untergebracht sind. Außerdem finden sich hier eine Teeküche, ein Bad, Zimmer für schmutzige Wäsche und ein Dienstzimmer der Wärterin. Diese Anordnung wiederholt sich in ähnlicher Weise auch in den darüber liegenden Stockwerken, so daß wir bei der Beschreibung auf diese nicht mehr zurückkommen. Außer diesen 3 Wöchnerinnentrakten haben wir noch einen vierten im Hochparterre, und zwar am westlichen Ende des Hauptgebäudes und in einem Teile des westlichen Flügels und einen fünften im 2. Stockwerke, mit denselben Nebenlokalitäten, wie sie schon früher genannt wurden.

Im Hochparterre ist außerdem, und zwar entsprechend dem mittleren Hofe des Hauptgebäudes, einer der beiden Kreißzimmertrakte untergebracht. Zu einem solchen

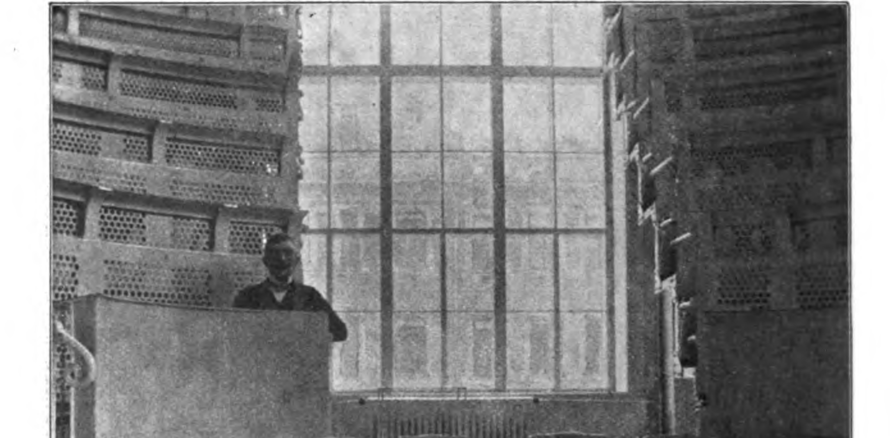
gehört ein großes Kreißzimmer für 13 Betten, ein kleines Kreißzimmer für 3 Betten, das Zimmer der Hebammen, das Dienstzimmer des Arztes, ein Dienstzimmer der Pflegerin, ein Operationsraum mit Sterilisationszimmer und zwei sogenannten Erwachräumen, in denen die Operierten bis zum vollen Erwachen aus der Narkose Stunden, ja sogar unter Umständen einen Tag lang verweilen sollen.

Genau dieselbe Anordnung findet sich auch im ersten Stock unmittelbar darüber, mit denselben Räumen und Nebenräumen.

In dem Anbau des westlichen Flügels sind die Pflegerinnen untergebracht, und zwar in Räumen, die ursprünglich den Zwecken eines Zahlstockes hätten dienen sollen.

Ebenfalls im Hochparterre, im südlichen Anbau des mittleren Flügels, finden sich die Laboratorien, und zwar ein histologisches, ein chemisches, ein bakteriologisches

Fig. 6.



Hörsaal. Zwischen den Sitzreihen des Amphitheaters der breite Ausschnitt für Lichteinfall und Projektion.

Laboratorium, ein Laboratorium für den wissenschaftlichen Assistenten, ein Raum für den Diener, ein Wagenzimmer und die entsprechenden Musealräume.

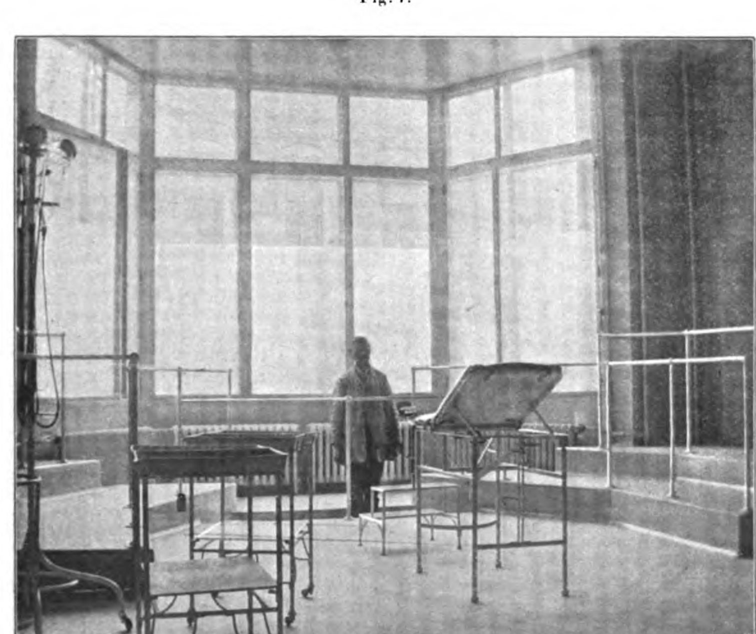
Im ersten und zweiten Stock finden wir im westlichsten Teile des Hauptgebäudes und im westlichen Flügel samt Anbau die gynaekologische Station untergebracht. In jedem Stock ist ein großes Zimmer für je 23 Kranke, ein kleineres für 3 und drei Isolierzimmer für je eine Kranke. Dazu kommt das Dienstzimmer der Pflegerinnen, zwei Baderäume, ein Raum für schmutzige Wäsche und eine Teeküche; ferner ein Operationstrakt, der Operationssaal samt Zuschauerraum, Garderobe- und Wartezimmer für Zuschauer, Sterilisationsraum; Garderobezimmer für den Operateur, Narkoseraum, zwei Erwachzimmer, ein Laboratorium für Untersuchungen während der Operation und Übernahme der frisch gewonnenen Präparate, schließlich ein Zimmer für einen diensthabenden Arzt.

Dieser gynaekologische Trakt wiederholt sich im ersten und zweiten Stock genau in derselben Weise.

Den mittleren Teil des Hauptgebäudes nimmt im 1. Stocke die zweite Abteilung des Kreißzimmertraktes ein, im östlichen Flügel finden wir einen Wöchnerinnentrakt, im mittleren Flügel die Wohnung eines Assistenten, bestehend aus Vorzimmer und Zimmer, das Lesezimmer und Archiv, ein Arbeitszimmer des Vorstandes und den großen Hörsaal, der durch zwei Stockwerke reicht, mit Vorbereitungsraum, Narkoseraum und Museum.

Anstoßend an das große Wochenzimmer im östlichen Flügel des ersten Stockwerkes findet sich ein einfensteriger Raum als Wärmeraum für schwächliche Neugeborene eingerichtet.

Fig. 7.



Ein gynaekologischer Operationssaal. Der Zuschauerraum durch Geländer abgegrenzt. Ein Mann steht in der „Rinne".

Im 2. Stockwerke finden wir, wie schon erwähnt, den zweiten Teil der gynaekologischen Abteilung mit Operationstrakt, den dritten und fünften Teil des Wöchnerinnentraktes, 3 Assistentenwohnungen, einen kleinen Hörsaal und eine praktisch eingerichtete Garderobe für beide Hörsäle.

Überdies finden wir im Aufbau des Mittelflügels ein experimental-pathologisches Institut mit 5 Räumen und im Aufbau des westlichen Flügels ein Institut für Photographie, Röntgenuntersuchung und -behandlung mit 8 Räumen.

Im Keller finden sich außer Kohlenmagazinen und Kesselräumen noch Räume für schmutzige Wäsche, Kleiderdepot, Räume für Krankenmaterialien, Räume zur Aufbewahrung und Reinigung von Betten und Betteinrichtungen sowie zwei Leichenbeisetzkammern.

Im Isolierpavillon, der die Mitte zwischen den beiden Hauptgebäuden einnimmt, ist jeder der beiden Kliniken ein Stockwerk eingeräumt. Jedes derselben enthält in

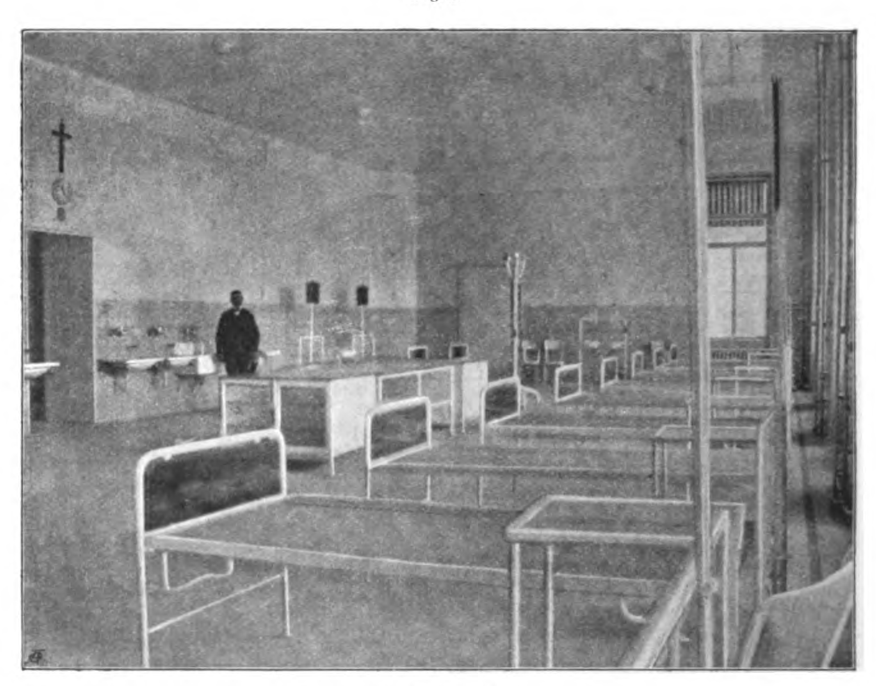
6 Zimmern 18 Betten mit Bad, Teeküche, Dienstzimmer und ein kleines Handlaboratorium sowie einen vollkommen aseptisch eingerichteten Operationsraum.

III. Zahl der Betten.

Die für die einzelnen Kategorien von Verpflegten in Aussicht genommene Bettenzahl ist folgende:

für Schwangere 48;
für Gebärende 33;
für Wöchnerinnen 151;
für gynaekologische Kranke 58;
für Pflegerinnen 38;
für Ärzte 8;
für Praktikanten 20.

Fig. 8.



Ein Kreißsaal.

Hervorzuheben ist die große Zahl von Räumen mit nur einem Bett, sogenannte Isolierräume. Davon finden sich im Hauptgebäude 18, im Isolierpavillon 3. Diese Isolierbetten dienen zur Aufnahme kranker Schwangerer, unruhiger, unreiner Gebärender und Wöchnerinnen.

IV. Die einzelnen Stationen nach Behandlungskategorien getrennt.

Die Trennung der einzelnen Stationen ist eine doppelte: Erstens nach Stockwerken und zweitens durch die schon früher erwähnten Eisenglastüren. Wir können also, um nochmals eine Übersicht über die Disposition der sämtlichen Räume zu geben, folgende Stationen unterscheiden. Im Sockelgeschoß, das die Bezeichnung A trägt:

1. die Station der Krankenaufnahme und der ambulatorischen Behandlung;
2. das Studenteninternat;
3. die Schwangerenabteilung.

Auf B, Hochparterre, finden wir:

4. die Wöchnerinnenstation Nr. 1 mit 37 Betten;
5. die Laboratoriumsabteilung;
6. den Kreißzimmertrakt Nr. 1;
7. den Wöchnerinnentrakt Nr. 2 mit 29 Betten;
8. die Pflegerinnenstation.

Im Stockwerke C, erster Stock, finden wir:

9. die Wöchnerinnenstation Nr. 3 mit 27 Betten;
10. den Hörsaaltrakt mit Bilbliothek, Museum und Vorbereitungsraum;
11. den Kreißzimmertrakt Nr. 2;
12. die gynaekologische Abteilung Nr. 1;
13. den gynaekologischen Operationstrakt Nr. 1.

Im Stockwerke D, zweiter Stock, finden sich:

14. die Wöchnerinnenstation Nr. 4 mit 28 Betten;
15. die Assistentenwohnungen;
16. die Wöchnerinnenstation Nr. 5 mit 30 Betten;
17. die gynaekologische Station Nr. 2;
18. der gynaekologische Operationstrakt Nr. 2.

Im Aufbau liegt:

19. das Institut für Radiologie und Photographie;
20. das Institut für experimentelle Pathologie.

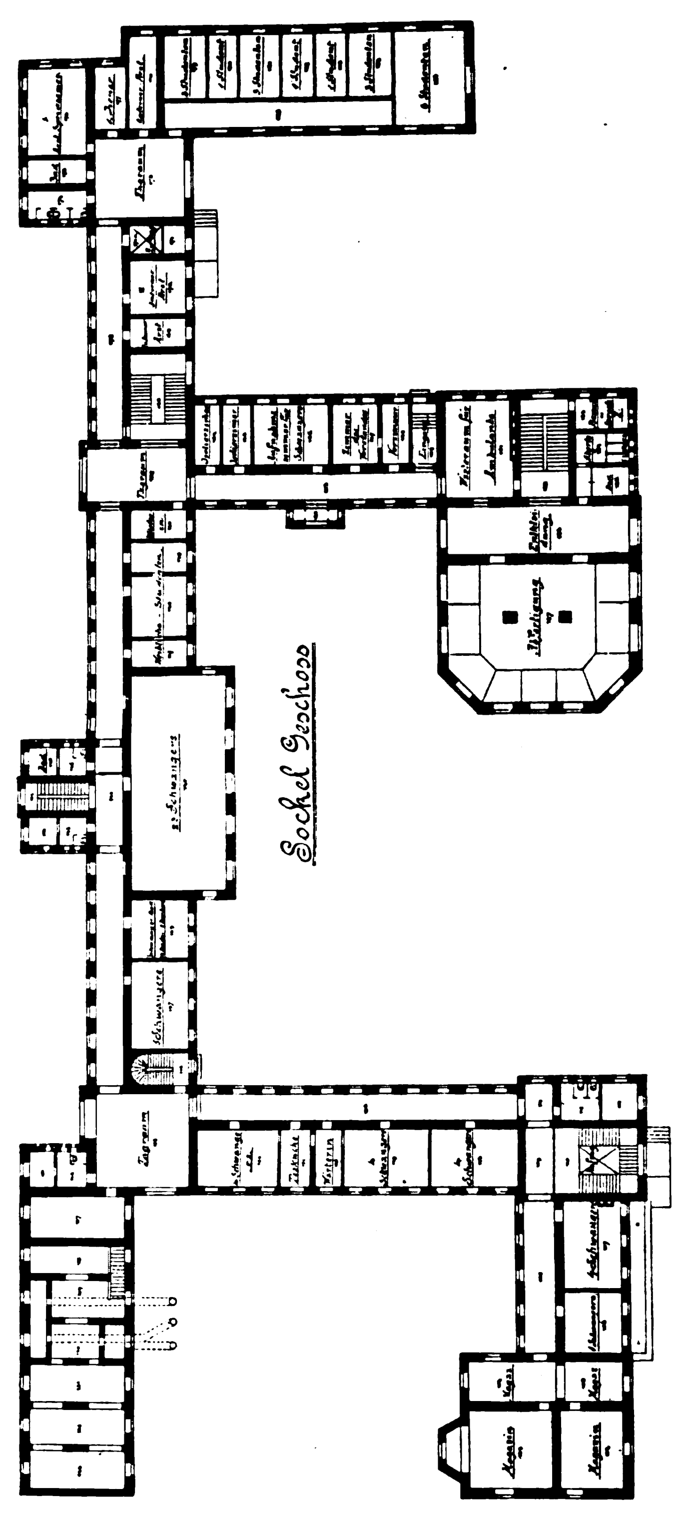
Durch die Anordnung der fünf Treppen ist es ermöglicht, daß jede dieser Stationen ihre separate Treppe hat. Nur die Stationen 12 und 13 sowie die Stationen 17 und 18 haben je eine gemeinsame Treppe, was aber nicht schadet, da ja diese Stationen ohnedies zusammengehörig sind.

Als 21. Abteilung können wir die Isolierabteilung betrachten.

Im Hauptgebäude finden wir zwei Aufzüge durch sämtliche Stockwerke, die so groß sind, daß auch Kranke in ihren Betten transportiert werden können. Der eine der beiden Aufzüge findet sich im Haupttrakt nahe dem östlichen Ende, der zweite im westlichen Flügel, entsprechend dem an der Südflache desselben gelegenen 5. Eingange. Auch im Isolierpavillon ist ein Aufzug vorhanden.

Das ärztliche Personal der Anstalt besteht aus 4 Assistenten der Klinik, einem Assistenten mit besonderer Zuteilung zum Laboratorium, 4 Internärzten und einer entsprechenden Zahl, etwa 12, Externärzten. Jeder der Assistenten hat ein größeres und ein kleineres Zimmer als Wohnung zugeteilt, die Internärzte jeder ein größeres Zimmer, während die Externärzte nur Dienstzimmer beziehen für die Tage, an denen sie zur Dienstleistung zugeteilt sind.

5—6 Hebammen versehen den Dienst im Kreißzimmer, während etwa 38 Pflegerinnen den verschiedenen Stationen zugeteilt sind. Von den ursprünglich für die Anstalt verlangten 48 Pflegerinnen wurden vom Ministerium nur 38 bewilligt. Es wird der Dienst dieser Pflegerinnen in der Weise verteilt werden, daß auf jede der Wochenstationen je 4 Pflegerinnen, auf das Kreißzimmer 3, auf jede der beiden gynaekologischen Stationen je 4, auf die beiden Operationstrakte 3, auf das Ambulatorium 3, auf die Schwangerenabteilung 2, auf den Isolierpavillon 2 Pflegerinnen entfallen. Einer der Wöchnerinnentrakte ist als Wechseltrakt gedacht, soll also nur abwechselnd belegt werden im Turnus mit den anderen, so daß also nur 4 Stationen konstant mit Pflegerinnen versehen sind; das gibt eine Gesamtsumme von 37 Pflegerinnen. Die 38. fungiert als Oberpflegerin und hat die Überwachung der übrigen, die Ordnung im Hause, die



Verteilung der Materialien zur Krankenpflege und dergleichen zu besorgen. Außer diesen sind noch nach unserem ursprünglichen Antrage 15, nach der Reduktion durch das Ministerium 10 Bedienerinnen für die Klinik vorgesehen.

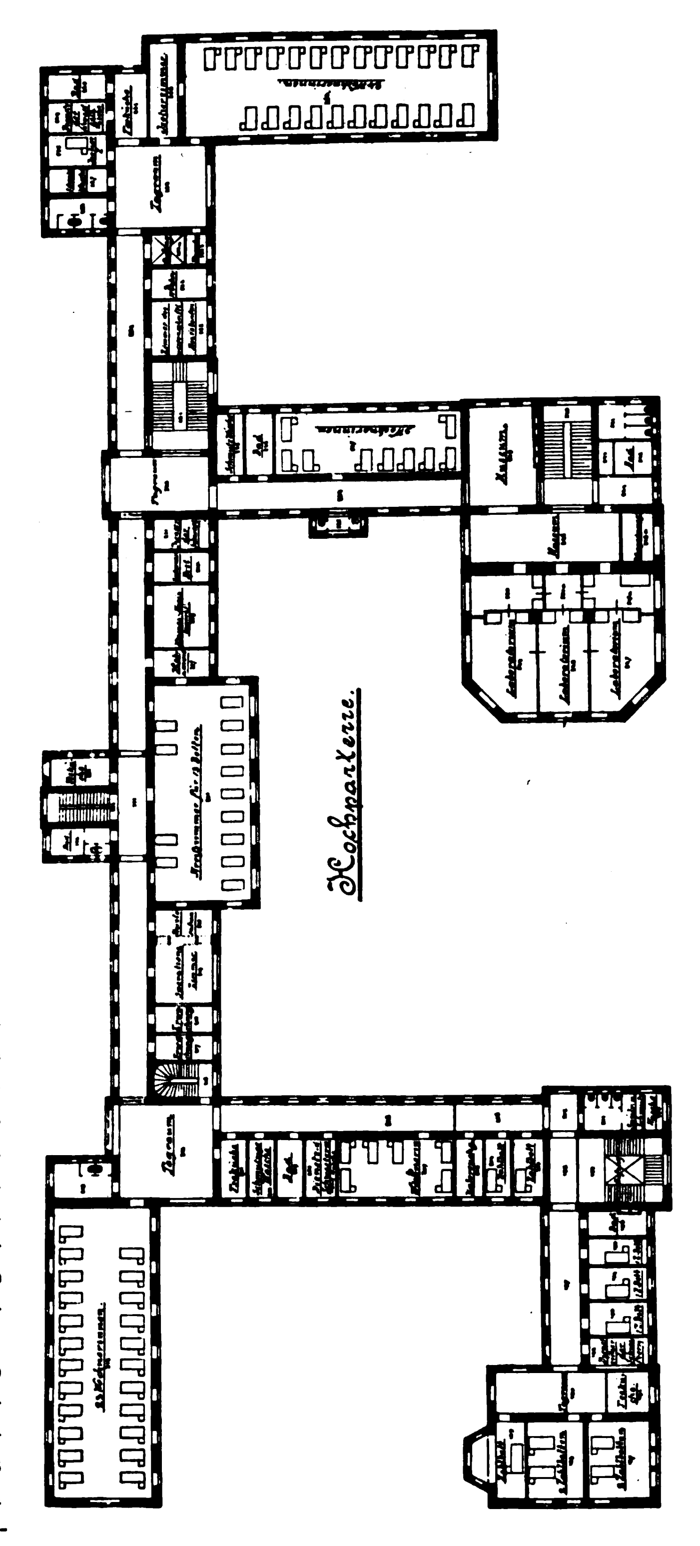
V. Der Hörsaal.

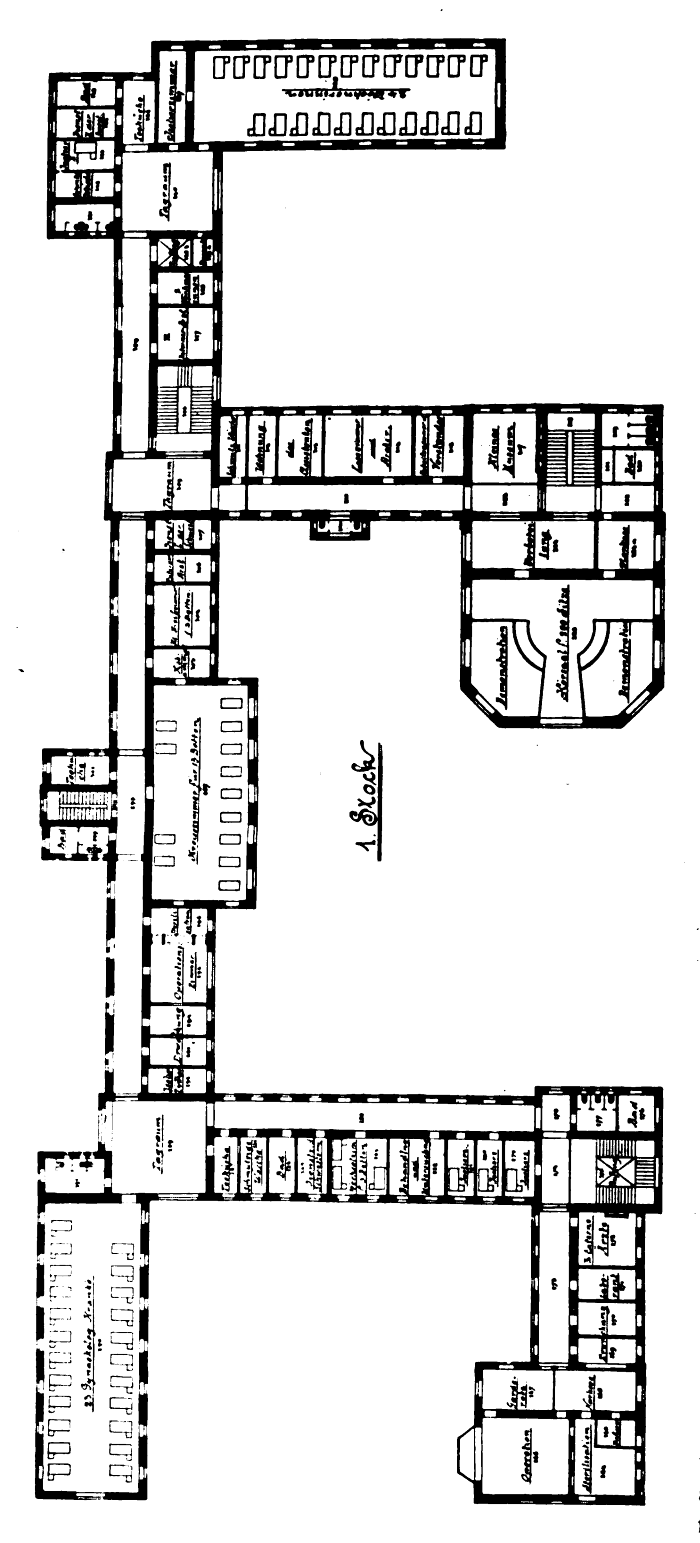
Der Hörsaal nimmt im ersten und zweiten Stockwerke den Anbau des mittleren Flügels in Anspruch. Er ist 16·2 *m* breit, 12·6 *m* tief, 7·5 *m* hoch und erhält das Licht von 6 durch beide Stockwerke durchgehende Fenster von 2·8—4 *m* Breite.

Die Sitzplätze sind in Form eines steilen Amphitheaters angeordnet, 187 an der Zahl. Das Amphitheater ist kein geschlossenes, sondern es enthält einen Ausschnitt entsprechend dem direkt nach Westen gekehrten, 4 *m* breiten Fenster, so daß das gesamte Amphitheater in zwei vollkommen getrennte Hälften zerfällt. Diese Anordnung hat den Zweck, dem eigentlichen Demonstrationsraum nicht nur seitliches und hohes Seitenlicht, sondern auch horizontales Licht zu gewähren, — eine Anordnung, wie sie sich

bis jetzt unseres Wissens in keinem Hörsaale vorfindet, und die ganz speziell gynaekologischen Zwecken dienen soll. Denn für alle gynaekologischen Demonstrationen und für die geburtshilflichen Operationen braucht der Gynaekologe horizontales Licht. Die bisherige Anordnung der Hörsäle war für diese Zwecke vollkommen ungeeignet. Entweder befand sich der Demonstrationsraum in der unmittelbaren Nähe eines großen Fensters, wie wir das z. B. im alten Hörsaal der ersten geburtshilflichen Klinik im allgemeinen Krankenhause finden, wo zwar das Demonstrationsobjekt recht gut beleuchtet war, gynaekologische Demonstrationen in Steißrückenlage aber deshalb nicht möglich waren, weil das Demonstrationsobjekt dann vom Lichte hätte abgewendet werden müssen. So ist es gekommen, daß wir am hellen Tage den Saal verfinstern und durch Reflektoren das notwendige horizontale Licht verschaffen mußten.

Aber auch für die gewöhnlichen Demonstrationen hat die Anordnung des Hörsaals der alten Klinik den Nachteil, daß die Zu-





schauer mit dem Gesicht dem Fenster zugekehrt, also geblendet sind. Findet sich die Anordnung der Sitzbänke nicht gegenüber dem Fenster, sondern zu beiden Seiten, wie z. B. im Chrobakschen Hörsaale, so ist eine gynaekologische Demonstration oder Ausführung einer geburtshilflichen Operation für die Zuschauer noch weniger zugänglich.

Dem Übelstande der Blendung kann nur dadurch abgeholfen werden, daß das Amphitheater der Hauptwand des Hörsaales gegenübersteht, wie wir dies z. B. im neuen Hörsale der Schrötterschen Klinik und auch in manchen Hörsälen deutscher Kliniken, wie bei Bumm in der Charité, finden. Das geschlossene Amphitheater läßt jedoch horizontales Licht nicht zutreten. Darum haben wir uns entschlossen, die eingangs geschilderte Anordnung zu treffen, welche die Blendung vermeidet und gleichzeitig horizontale Beleuchtung gestattet.

Allzu grelles Sonnenlicht kann durch Vorhänge abgehalten werden. Außerdem ist aber eine völlige Verfinsterung zum Zwecke

der Demonstration von Projektionsbildern jederzeit notwendig. Der Projektions - Apparat wird in dem mehrfach erwähnten Ausschnitte zwischen den beiden Hälften des Amphitheaters aufgestellt. Die Projektion selbst erfolgt auf der glatten, geschliffenen und gegipsten Wandfläche des Hörsaales.

Die Verfinsterung erfolgt durch Vorhänge, die mit in den Fensterparapeten eingebauten Motoren angetrieben werden, und zwar so, daß jeder Vorhang für sich allein aufgezogen und in jeder Stellung festgehalten werden kann. Zur völligen Verfinsterung des ganzen Saales ist nicht ganz eine Minute erforderlich.

Elektrische Beleuchtung mit 5 Lustern zu je 12 Wolframlampen von 50 Kerzen Stärke, System Dr. Kužel, besorgt die Beleuchtung bei Nacht oder bei völliger Verfinsterung.

Im untersten Teil der dem Amphitheater gegenüberstehenden Wandfläche findet sich eine 2 *m* breite und etwa $1^1/_2$ *m* hohe, matte Glastafel. Hinter derselben ist ein Hohlraum mit 10 fünfzigkerzigen Lampen. Auf

dieser Tafel kann im auffallenden und durchfallenden Lichte gezeichnet werden, außerdem kann die Glasplatte mit dahinter angebrachter Beleuchtungsvorrichtung als Schaukasten für transparente Tafeln, Röntgenplatten u. dgl. benutzt werden, und endlich können auch gewöhnliche Wandtafeln in geeigneter Weise an Haken über dieser Tafelfläche aufgehängt werden.

Zwei auf Gummirädern fahrbare Vorlesungstische enthalten die sämtlichen bei der Vorlesung gewöhnlich benutzten Wandtafeln und transparenten Tafeln, so daß der Vortragende nicht erst einer zweiten Person seine Wünsche bezüglich der Wahl dieser Tafeln während der Vorlesung bekannt zu geben braucht, sondern selbst mit einem Griff die in bestimmter Anordnung im Vorlesungstisch befindlichen Tafeln hervorholt.

Vor dem Hörsaal ist ein Vorbereitungsraum, in dem die zur Demonstration bestimmten Kranken untergebracht sind, daneben ein Narkoseraum und ein Museum, das alle Präparate, Instrumente und Demonstrationsapparate für die Vorlesung enthält.

Der Zugang zum Hörsaal entspricht dem ersten Stockwerke *(C)* und ist nur für den Vortragenden, seine Assistenten und die Kranken gedacht. Die Zuschauer gelangen vom nächst höheren Stockwerke *(D)* von oben her auf zwei Brücken ins Amphitheater. In demselben Stockwerke unmittelbar vor den beiden Eingängen in den Hörsaal ist eine sehr zweckmäßig eingerichtete Garderobe für etwa 200 Mäntel und Hüte, mit Ketten, welche durch die Rockärmel gesteckt und mit einem kleinen Sicherheitsschloß geschlossen, das Enttragen der Röcke durch Unbefugte verhindern.

In demselben Stockwerke, unmittelbar anstoßend an den Gardearoberaum, befindet sich der kleine Hörsaal oder das Kurszimmer, für 40—50 Zuhörer berechnet, für Dozenten- oder Assistentenvorlesungen, Vorträge vor kleinerem Auditorium.

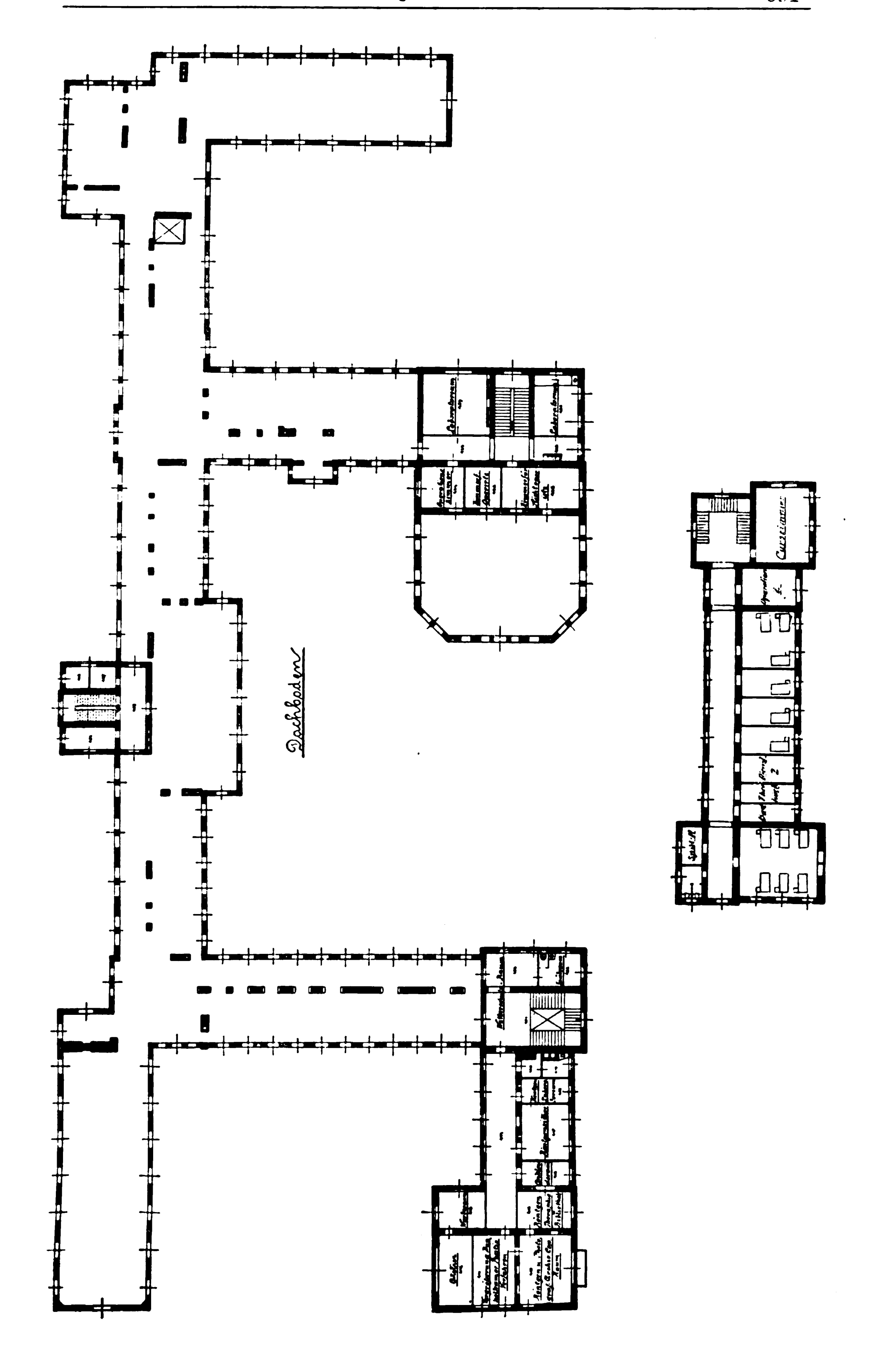
VI. Die Operationssäle.

Die Klinik besitzt außer dem Operationssaale des Isolierpavillons, im Haupttrakte noch vier Operationsräume, und zwar zwei neben den beiden Kreißzimmern und zwei anstoßend an die gynaekologischen Trakte.

Von den zu jedem Operationssaal gehörigen Nebenräumen ist schon an anderer Stelle gesprochen worden. Es erübrigt also nur noch, die Einrichtung der Operationssäle im speziellen zu erörtern, wobei gewisse Neuerungen in der Einrichtung der beiden gynaekologischen Operationssäle ganz besonders hervorgehoben werden sollen. An den geburtshilflichen Operationssälen wäre von besonderen Neuerungen nur die Kulissen- und Soffitenbeleuchtung zu erwähnen in Form einer an den Fensterkanten angebrachten Beleuchtung von langen Fadenlampen, welche bei Nacht das Fensterlicht ersetzen soll.

In den gynaekologischen Operationssälen ist zum ersten Male der Versuch gemacht, in den Operationssaal selbst ein von demselben durch ein Geländer getrenntes aseptisches Auditorium einzubauen. Das geschah in der Weise, daß der Raum unmittelbar an dem großen, nach Norden gelegenen Fenster durch ein eisernes Geländer von dem übrigen Raum abgeschlossen wurde. Dieser Raum enthält auf beiden Seiten je zwei hintereinander gelegene, 25 *cm* hohe und 50 *cm* breite Stufen, während der mittlere Teil des Zuschauerraumes, der direkt am Fenster liegt, unmittelbar hinter dem Geländer eine 25 *cm* tiefe und 50 *cm* breite Rinne enthält, in der zwei Reihen Zuschauer stehen können.

Der Zweck dieser Anordnung ist der, daß zunächst der Operateur und die Assistenten durch herumstehende Zuschauer während der Operation nicht belästigt und die Asepsis von Instrumenten und Verbandstoffen nicht gestört werden kann. Die Ver-


Dachboden

tiefung in der Mitte des Saales am Fenster hat den Zweck, dem Operateur möglichst wenig Licht zu rauben. Es können an dieser Stelle in der mehrfach genannten Rinne zwei Reihen von Zuschauern und dahinter im Niveau des übrigen Operationssaales abermals zwei Reihen von Zuschauern stehen, so daß also zusammen mit Benutzung der seitlichen Stufen 60 Zuschauer bequem in diesem Raume untergebracht werden könnten. Mehr unterzubringen liegt überhaupt nicht in unserer Absicht. Der Zugang zu diesem Zuschauerraume ist von dem übrigen Operationsraum und seinen Nebenräumen vollständig getrennt.

Die Beleuchtung der Operationssäle wird durch fünf sogenannte Coupélampen, deren jede 12 Wolframlampen von 50 Kerzen Stärke enthält, reichlich gegeben. Horizontale Beleuchtung ist durch Reflektoren vorgesehen.

Die westliche Fläche jedes Operationssaales enthält eine Berieselungsvorrichtung, um die Temperatur der Luft an besonders heißen Tagen herabsetzen zu können.

Anstoßend an jeden Operationssaal sowohl bei der Gynaekologie als auch bei der Geburtshilfe befindet sich ein eigener Sterilisationsraum, von dem aus in Digestorien, welche sich in der Zwischenwand zwischen Sterilisationsraum und Operationsraum befinden, Instrumente, Bürsten, Waschbecken zur Sterilisation eingelegt und von der anderen Seite nach vollendeter Sterilisation entnommen werden können. Außerdem finden sich in den Sterilisationsräumen geräumige Kästen, welche zum Verbrauch bestimmte Verbandstoffe und die aus der Zentralsterilisation stammenden verschlossenen Büchsen mit sterilen Verbandstoffen enthalten.

Die Sterilisation der Verbandstoffe wird wie bisher in der Zentralsterilisationsanstalt des allgemeinen Krankenhauses besorgt, jedoch ist aus didaktischen Gründen und für den Fall des vorübergehenden Versagens der Zentralsterilisation eine Reservesterilisation für jede Klinik im Sockelgeschoß, und zwar im Anbau des westlichen Flügels, eingerichtet.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: **Dr. Oskar Frankl.**

Herausgeber, Eigentümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg.**

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

GYNAEKOLOGISCHE RUNDSCHAU.

ZENTRALORGAN
FÜR
GEBURTSHILFE UND FRAUENKRANKHEITEN.

II. Jahrg. 1908. 20. Heft.

Original-Artikel.

Zur Ventrofixatio uteri nach meiner Methode und über ihre angeblichen Geburtsstörungen.

Von G. Leopold.

Im 14. Heft dieses Jahrganges findet sich in der Gynaekologischen Rundschau eine Arbeit aus L. Fraenkels Privatklinik in Breslau von R. Weber, betitelt: Über ventrofixierende Methoden bei Verlagerung der Beckenorgane.

Weber führt die verschiedenen Methoden der Hysteropexie ausführlich an und erwähnt, daß L. Fraenkel die Czerny-Leopoldsche Methode wiederholt ausgeführt habe. Er gab aber diese Methode wieder auf, weil er in ihrem Gefolge zu wiederholten Malen habe Hernien auftreten sehen und weil nach dieser Methode oftmals Geburtsstörungen, die ihm selbstverständlich erschienen, beobachtet worden seien.

Wenn man nun Webers Arbeit und die Wiedergabe des von mir empfohlenen Verfahrens sowie das am Schlusse der Arbeit befindliche Literaturverzeichnis durchliest, so bemerkt man, daß Weber die weiteren, aus der Dresdener Frauenklinik über die Ventrofixation erschienenen Arbeiten übersehen hat, bzw. daß sie ihm entgangen sind.

Weber zitiert nur die von mir im Jahre 1889 in der Volkmannschen Sammlung erschienene erste Arbeit über Ventrofixatio uteri. Die späteren Arbeiten aber aus meiner Klinik von Buschbeck und von Weindler über das gleiche Thema sind offenbar nicht zu seiner Kenntnis gekommen. Hätte er diese Arbeiten gelesen, dann würde er gesehen haben, daß inzwischen das Verfahren weiter geübt und ein wenig, wenn auch unwesentlich, geändert worden ist, daß aber auch ausführlich dargelegt wurde, worauf die von manchen beobachteten Geburtsstörungen beruhen, nämlich auf einer ganz falschen und verkehrten Ausführung des Leopoldschen Verfahrens.

Weber schildert nämlich mein Verfahren, nach welchem L. Fraenkel operiert hat, folgendermaßen: „Bei Leopold fassen ein bis drei tiefumgreifende Bauchdeckennähte den Grund der Gebärmutter selber und ziehen ihn an den inneren Bauchdeckenwundrand dicht heran. Die erste Naht dringt ungefähr $^1/_2$—1 *cm* vor der Tubeneinmündungsstelle, die zweite zwischen ihr und die dritte $^1/_2$—1 *cm* hinter ihr quer unter der Serosa des Uterus hin durch die obersten Muskellagen ungefähr 2—3 *mm* tief und zieht, nach-

dem der untere Wundwinkel geschlossen ist, den Gebärmuttergrund dicht an die Bauchwunde heran, wobei vermieden werden muß, daß von oben und von der Seite her sich Netz- oder Darmschlingen zwischendrängen. Dann erfolgt Schluß des oberen Wundwinkels und Anlage eines Gazeverbandes. Die drei Befestigungsnähte werden nach ca. 2 Wochen, die Bauchdeckennähte etwas früher entfernt.“

Obwohl wir nach diesem Verfahren niemals Geburtsstörungen erlebt haben, sahen wir aber bald, daß zwei Nähte zur Ventrofixation vollkommen ausreichten. Daher blieb die dritte, d. h. die hinter der Tubeninsertion am Fundus quer durchgelegte Naht weg.

Dies hat Buschbeck in seiner 1896 im Archiv für Gynaekologie, Bd. 52, H. 3 erschienenen Arbeit: „Zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri“ genau auseinandergesetzt. Er sagt dort S. 456: „Es ist demnach für den Dauererfolg nicht sowohl die Zahl der Fixationsfäden als die Art und Weise, wie ventrofixiert wird, maßgebend. Wichtig ist vor allen Dingen — und das ist auch von anderer Seite (Fritsch) betont worden —, daß wirklich der Fundus uteri und nur der Fundus uteri festgenäht wird. Man erreicht dies dadurch, daß man die erste Naht zwischen die Einmündungsstelle beider Tuben, die zweite Naht $^1/_2$—1 *cm* vor ihr anlegt. Diese Nähte sollen etwa 1 *cm* breit unter der Serosa hinziehen und die obersten Muskellagen umfassen. — Die Fixationsfäden wurden in der Mehrzahl der Fälle erst geknüpft, nachdem in der ganzen Ausdehnung der Bauchwunde die tief umgreifenden Nähte angelegt waren.

Hierbei kommt der Fundus näher dem unteren Wundwinkel zu liegen als dem oberen. Sorgfältig zu vermeiden ist aber ein künstlich übertriebenes Vor- und Tiefziehen der Gebärmutter in den etwa bis zum oberen Symphysenrand angelegten unteren Wundwinkel hinein, wie es anderwärts teilweise geübt worden ist. Daß hierdurch vollständig widernatürliche anatomische Verhältnisse geschaffen werden, liegt auf der Hand. Aber man darf billigerweise die üblen Folgen derartig verfehlter Operationstechnik nicht der Ventrofixation zum Vorwurf machen.

Hauptsache ist und bleibt, daß der Gebärmuttergrund vorn angenäht wird, und zwar ungefähr zwei Finger breit oberhalb der Schamfuge.“

Was den Erfolg für eine spätere Schwangerschaft betrifft, so berichtete damals Buschbeck, daß von 41 Operierten 11 wieder schwanger wurden. 9 von ihnen kamen rechtzeitig ohne jedwede Störung nieder; 2 Frauen abortierten; 2 andere waren damals je im 7. Monat der Schwangerschaft.

Aus diesen Beobachtungen ging unwiderleglich hervor (S. 466), „daß die Ventrofixation nach der Leopoldschen Methode die von anderen gefürchteten bzw. angegebenen Nachteile nicht mit sich bringt“, wenn sie nur richtig ausgeführt wird.

Buschbeck faßte S. 475 sein Urteil dahin zusammen, „daß die Ventrofixation nach der Leopoldschen Methode ein in der Ausführung sehr einfaches, im Erfolg sehr sicheres und für spätere Schwangerschaft und Geburt ungefährliches Verfahren zur operativen Behandlung der Retroflexio uteri ist“.

Die dritte größere Arbeit über diese Operation stammt aus dem Jahre 1904 von Weindler: „Über Dauererfolge nach Ventrofixatio uteri“ (Monatschr. f. Geb. u. Gyn., XXI, 6). Er stellte an den in den Jahren 1896—1903 51 ventrofixierten Frauen

Nachuntersuchungen an und konnte 32 von den 51 Operierten = 62·7% selbst untersuchen.

Was nun Methode und Erfolg betrifft, so sagt Weindler S. 799 folgendes: „Es sind grundsätzliche Abänderungen in dem Leopoldschen Verfahren seit der ersten Darstellung (1889) nicht für notwendig befunden worden. Wird immer noch von einzelnen über Mißerfolge berichtet, so steht es für uns fest, daß die Operation falsch ausgeführt worden ist. Befestigt man den Fundus uteri womöglich in Nabelhöhe oder mitsamt seiner hinteren Wand unmittelbar über der Blase hinter der Schamfuge und verwendet noch dazu resorbierbares Nahtmaterial, so darf man sich nicht wundern, durch die so geschaffenen widernatürlichen anatomischen Verhältnisse Mißerfolge in jeder Beziehung zu erleben, der Kardinalpunkt der Operation ist der, daß auf das Sorgfältigste vermieden werden muß, den Grund der Gebärmutter zu weit nach vorn und zu tief in den unteren Wundwinkel zu befestigen."

S. 700 fährt Weindler fort: „In Kürze sei nochmals das Leopoldsche Verfahren, welches sich innerhalb der vergangenen 20 Jahre bei 124 Fällen auf das Beste bewährt hat, geschildert: Da zwei Nähte zur Erzielung einer festen Verwachsung genügen, so führt man die erste Seidennaht zunächst durch die ganze Dicke des linken Bauchwundrandes, dann unter der Serosa der vorderen Gebärmutterwand quer hindurch, und zwar etwas unterhalb der Insertionsstellen der Lig. rotunda, innerhalb der Uterusmuskelfasern, in einer Breite von ungefähr 1½—2 *cm*, und geht durch den rechten Bauchdeckenwundrand wieder heraus. Die zweite Naht wird zirka ½—1 *cm* unterhalb der ersten, die Muscularis uteri ebenfalls durchstechend, ausgeführt. Nun legt man oberhalb und unterhalb dieser Fixationsfäden noch weitere tiefumgreifende Nähte nur durch die Bauchdecken und schließt nun die Bauchwunde." — „Bei der Operation, die meistens 10—15 Minuten dauert, hat man darauf zu achten, daß die Fixation mindestens 2 Querfinger breit über der Schamfuge erfolgt. Daher pflegen die Bauchdeckenuterusfäden, von unten her gezählt, von allen tiefumgreifenden Nähten, Nr. 3 und 4, zu sein."

Während wir also im Anfang die Nähte immer durch den Fundus legten, haben wir sie später, obwohl die Resultate immer gleich vortrefflich waren, doch etwas tiefer vorn angelegt, so daß sie jetzt unmittelbar unter dem Fundus durch den oberen Teil des Corpus uteri zu liegen kommen, so wie Weindler beschrieben hat.

Von den von Weindler nachuntersuchten 32 Operierten waren 11 = 34·3% in verhältnismäßig kurzer Zeit nach der Operation schwanger geworden. Störungen im Verlaufe der Schwangerschaft sind nicht vorgekommen; ebensowenig haben wir selbst nachweislich mit der Ventrofixation zusammenhängende Geburtsstörungen bei den vielen Frauen erlebt, welche nach der Ventrofixation in der Klinik niederkamen.

Nach alledem erscheint es mancher neueren Publikation gegenüber, welche die Arbeiten von Buschbeck und Weindler mit ihren gleichmäßig sehr guten, an 124 Fällen gewonnenen Ergebnissen nicht beachtet hat, notwendig, festzustellen, daß, wenn nach der von mir angegebenen Ventrofixationsmethode kein guter Erfolg oder eine spätere Geburtsstörung beobachtet wird, das Verfahren falsch angewendet worden ist und daß dann der betreffende Operateur selbst, aber nicht die Methode die Schuld am Mißerfolg trägt.

Ein neuer Vorschlag zur Ermöglichung einer genauen Prognose bei Tuberkulose und Schwangerschaft.

Von Prof. Dr. med. **Albert Sippel** (Frankfurt a. M.)

Das Zusammentreffen von Tuberkulose und Schwangerschaft, ihre gegenseitige Beeinflussung und das hierdurch bedingte therapeutische Verhalten ihnen gegenüber hat seit langem das wissenschaftliche Interesse in hohem Maße in Anspruch genommen. Eine große Menge von Veröffentlichungen über diese Frage ist erschienen, in vielen Verhandlungen ist sie erörtert worden, eine abschließende Lösung jedoch hat sie bis dahin nicht gefunden. Die Entdeckung des Tuberkelbazillus, die damit ermöglichte Frühdiagnose und der einwandsfreie Nachweis der Heilbarkeit gewisser Formen von Lungentuberkulose hat die Frage nicht vereinfacht, sondern verwickelter gestaltet. Die bestehenden Gesetzesparagraphen über die Einleitung der künstlichen Fehlgeburt sind geeignet, diese Verwicklungen noch zu steigern. So sehen wir, daß eine bestimmte, wissenschaftlich einwandsfrei gestützte Stellungnahme speziell des Geburtshelfers jedem einzelnen Fall gegenüber auch heute noch zu den schwierigsten Aufgaben gehört, welche ihm gestellt werden können. Nicht selten ist die Lösung dieser Aufgabe in wissenschaftlicher Bestimmtheit direkt unmöglich.

Die eingehenden Verhandlungen, welche vor zwei Jahren hier in Frankfurt innerhalb der mittelrheinischen Gesellschaft für Geburtshilfe und Gynaekologie über unser Thema stattfanden, dürften wohl das Fazit dessen darstellen, was wir auf dem Wege der Forschung bis dahin erreicht haben. Aus den ebenso sachlichen wie objektiv kritischen Referaten, welche gemeinschaftlich v. Rosthorn als Geburtshelfer, A. Fraenkel (Badenweiler) als Phthisiotherapeut und Jurasz als Laryngologe abstatteten und aus der anschließenden eingehenden Diskussion[1]) lassen sich folgende tatsächlichen Ergebnisse herausnehmen:

1. „Jegliche Form von Tuberkulose der Respirationsorgane kann durch die Schwangerschaft in schwer nachteiliger Weise beeinflußt werden.“ Diese Feststellung ist von ganz besonderer Wichtigkeit; konnte es doch nach verschiedenen neuerlichen Veröffentlichungen und nach der Statistik Weinbergs fraglich erscheinen, ob überhaupt Schwangerschaft und Wochenbett einen verschlimmernden Einfluß auf die Tuberkulose auszuüben vermöchten. Durch die ohne Widerspruch erfolgte Konstatierung dieser Tatsache ist ein wesentlicher Fortschritt in der Frage „Tuberkulose und Schwangerschaft“ erreicht worden und wir müssen diese Feststellung in Zukunft der ganzen Behandlung der Frage zugrunde legen.

2. „Die einzelnen Formen der Tuberkulose sind gegen die nachteilige Einwirkung der Schwangerschaft von verschiedener Widerstandsfähigkeit. Am wenigsten betroffen werden seit langem stationär Lungenkranke bei gutem Ernährungszustande, lange Zeit fieberfreiem Befinden, fehlenden Blutungen, mit oder ohne Tuberkelbazillen. Auch frische, jedoch umschriebene Spitzenprozesse ohne Fieber und von gutem Ernährungszustande können gut ausgehen. Alle anderen Prozesse sind durch die Gravidität in hohem Grade gefährdet. Am ungünstigsten liegen die Kehlkopftuberkulösen. Gleichzeitig bestehende andere Erkrankungen verschlimmern die Prognose. Diese wird ferner beeinflußt durch die äußeren Verhältnisse und die mehr oder weniger vorhandene Unmöglichkeit eines entsprechenden kurgemäßen Verhaltens.“

---

[1]) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., 1906.

Wir haben also festgestellt, daß zwar eine große Verschiedenheit in der Widerstandsfähigkeit Tuberkulöser gegen eine hinzutretende Schwangerschaft besteht, daß gewisse Formen stets in hohem Maße dadurch gefährdet sind, daß andere Formen unter günstigen Verhältnissen relativ wenig bedroht sind, ja daß sogar in seltenen Fällen unter Zuhilfenahme aller Mittel der modernen Phthisiotherapie trotz der Schwangerschaft eine Besserung des tuberkulösen Prozesses erfolgen kann, daß aber auf der anderen Seite trotz allem keine Form gegen eine Verschlimmerung unter dem Einfluß der Gravidität völlig gesichert ist. Wir können daher beim Eintritt einer Schwangerschaft wohl eine Prognose von mehr oder weniger großer Wahrscheinlichkeit stellen, wir können aber nie mit einiger Bestimmtheit sagen, dieser Fall wird gut ausgehen und dieser nicht, — und hier liegt nach wie vor der eminent schwere Punkt der Verantwortlichkeit des Geburtshelfers! Angenommen, es ergeht an mich von dem Hausarzte die Aufforderung, bei bestehender Tuberkulose zum Schutz der Patientin die Schwangerschaft zu unterbrechen; ich lehne dies jedoch ab, weil nach den gemachten allgemeinen Feststellungen die Gefahr einer Verschlimmerung relativ gering ist. Der Zufall aber will es, daß die seither stationäre Erkrankung während des Fortschreitens der Schwangerschaft eine schwere irreparable Verschlimmerung erfährt; dann wird man mir nicht ohne Grund sagen: „Daran bist du schuld, weil du den Abort nicht eingeleitet hast.“ Verläuft der Fall hingegen gut, so kann ich mir auf der anderen Seite ein Verdienst dafür auch nicht anrechnen, denn daß dies so sein würde, konnte ich bei Beginn der Gravidität nicht mit Bestimmtheit wissen. Unsere approximative Einschätzung eines jeden Falles hat durch die erfolgten Feststellungen wohl an Wahrscheinlichkeit, nicht aber an Sicherheit gewonnen. Dies ist um so betrübender, als das Moment der Unsicherheit namentlich den relativ günstigen Fällen gegenüber besonders stark und schwerwiegend hervortritt. Gerade diesen gegenüber finde ich die Tragweite unserer Verantwortung ganz außerordentlich groß. Vorgeschrittene und schwere Fälle haben wohl meist an und für sich keine Aussicht, noch ein längeres Dasein zu fristen, mögen sie mit oder ohne Schwangerschaft verlaufen; aber von den leichten und günstigen Fällen wissen wir heute, daß sie nicht nur lange Zeit stationär und relativ leistungsfähig bleiben können, sondern daß sie einer vollkommenen und dauernden Heilung entgegengeführt werden können. Wenn ein solcher Fall durch die Schwangerschaft zu einem schweren akuten Verlauf angefacht wird, so ist der Schaden enorm, denn er ist gleich der Vernichtung eines Menschenlebens, dessen Erhaltung und völlige Herstellung ohne dieses Akzidens möglich gewesen wäre.

Wie sollen wir uns nun solchen Fällen gegenüber verhalten? Sollen wir in jedem Fall den künstlichen Abort vorschlagen, da wir doch nie von Anfang an mit einiger Sicherheit wissen können, ob die Schwangerschaft bei der betreffenden Frau ihre deletäre Einwirkung auf die Tuberkulose entfalten wird oder nicht? Sollen wir warten, bis unter dem Einflusse der Schwangerschaft eine wirkliche Verschlimmerung der Tuberkulose entstanden ist? — Tun wir das erstere, so werden wir ohne Zweifel bei einer Reihe von Fällen die Schwangerschaft opfern, welche auch ohne dieses gut ausgegangen sein würden; gehen wir den letzteren Weg, so setzen wir die uns anvertraute Frau der Gefahr aus, eine Verschlimmerung der Tuberkulose zu erleiden, welche vielleicht nicht mehr reparabel ist; denn die eintretende Verschlimmerung beweist uns, daß das bis dahin bestehende Gleichgewichtsverhältnis zwischen Schutzkraft des Körpers und Angriffskraft des Tuberkelbazillus zum Nachteil der ersteren gestört ist. Ob es möglich ist, in solchen Fällen das Gleichgewichtsverhältnis wieder herzustellen, ist

mindestens fraglich. Wir laufen daher beim Zuwarten bis zum Eintreten einer Verschlimmerung ernstlich Gefahr, mit der eventuellen Beseitigung der Schwangerschaft zu spät zu kommen..Diese Gefahr wird dadurch noch größer, daß erfahrungsgemäß der Abort um so weniger günstig wirkt, je weiter die Schwangerschaft vorgeschritten ist. Man hat aus diesem Grunde sogar die künstliche Frühgeburt, also die Unterbrechung der Schwangerschaft in den letzten zwei Monaten, als zwecklos oder gar direkt schädlich völlig verworfen, ein Standpunkt, über dessen Berechtigung ohne genaue Analyse der zugrunde liegenden Beobachtungen ein sicheres Urteil freilich nicht möglich ist.

Sie sehen: incidit in scyllam qui vult vitare charybdim! Wir vermögen es nicht, gegenüber einer Tuberkulose, zu welcher eine Schwangerschaft hinzugetreten ist, eine einwandsfreie exakte geburtshilfliche Indikationsstellung zu finden; unsere Wissenschaft versagt bisher dieser Sachlage gegenüber vollständig!

Um in der Lage zu sein, in wirklich exakter Weise einem jeden einzelnen Falle von mit Schwangerschaft komplizierter Tuberkulose gegenüber Stellung nehmen zu können, müßten wir vor allen Dingen solche Kriterien finden, welche es uns ermöglichen, entweder mit Sicherheit einen bevorstehenden guten Verlauf vorauszubestimmen oder aber den bevorstehenden Eintritt einer Verschlimmerung zu erkennen, ehe diese Verschlimmerung selbst zum Ausbruch gekommen ist. Es ist dies gewiß eine schwierige Aufgabe, indessen glaube ich, daß zwei Gebiete der modernen biologischen Forschung uns wohl die Mittel an die Hand geben könnten, auf diesem Wege voranzukommen.

Die Arbeiten über die Veränderungen, welche das leukozytäre Blutbild unter der Einwirkung der verschiedenen physiologischen und pathologischen Zustände des menschlichen Organismus erleidet, sind Ihnen allen bekannt. Sie wissen auch, daß die Hoffnungen, welche man in diagnostischer und prognostischer Hinsicht an diese Untersuchungen geknüpft hatte, bei weitem nicht alle in Erfüllung gegangen sind. Die Ergebnisse jener Forschungen sind so großen Schwankungen unterworfen, die quantitativen Leukozytenbestimmungen Curschmanns ebenso wie die qualitativen Bestimmungen Arneths ergeben eine so große Inkonstanz in den Resultaten, daß sie, abgesehen von einzelnen prägnanten Fällen, für sich allein die Diagnose und Prognose nicht zu stützen vermögen. Gleichwohl behalten diese Arbeiten ihren großen bleibenden Wert, und diesen erblicke ich vor allen Dingen darin, daß aus allen Untersuchungen, welche seither angestellt wurden, gleichmäßig das eine hervorgeht, daß den Leukozyten eine eminent wichtige Rolle zukommt innerhalb der Schutz- und Abwehrvorrichtung, welche unser Körper gegenüber den krankmachenden Organismen der Außenwelt besitzt. Sie sind die Truppen, welche den Kampf mit den eindringenden Bakterien zu bestehen haben, welche mobil gemacht werden gegenüber einer feindlichen Invasion und welche um so eher den Sieg erringen können, je mehr sie durch Zahl (Curschmann) oder durch Beschaffenheit (Arneth) mächtig sind. Es ergeben diese Arbeiten indirekt eine Bestätigung der Ansichten Metschnikoffs und Buchners, von denen jeder einzelne auf völlig verschiedenen Forschungswegen die große Bedeutung der Leukozyten im Kampfe gegen Bakterieninfektionen erkannte, mochte derselbe auf dem Wege der Phagozytose oder der Alexinwirkung ausgefochten werden.

Wenn wir nun, ganz allgemein gesprochen, sagen können, daß eine Infektionskrankheit dann progredient verlaufen muß, wenn die abwehrenden Kräfte des Körpers schwächer sind als die Angriffskräfte der eindringenden Bakterien; daß sie stationär bleiben muß, wenn beide Kräfte sich das Gleichgewicht halten; und daß sie heilen

muß, wenn die Abwehr stärker ist als der Angriff: so können wir auf Grund der hämatologischen Untersuchungen dies des näheren dahin präzisieren, daß Heilung eintritt bei quantitativer und qualitativer Überlegenheit der myelogenen Leukozyten, und daß die Chancen um so ungünstiger sich gestalten, je mehr die Leukozytenmenge abnimmt und je mehr sich Arneths Blutbild nach links verschiebt, d. h. je mehr die in der Abwehr kräftigsten polynukleären Myelozyten gegenüber den mononukleären an Zahl zurückgehen. Akzeptieren wir diesen Standpunkt, so sind wir zugleich in der Lage, eine Erklärung dafür zu finden, warum denn die Schwangerschaft auf die Tuberkulose überhaupt nachteilig einzuwirken vermag. Schon die aus dem Jahre 1904 stammende Arbeit A. Payers (Archiv f. Gyn., Bd. 71, H. 3) über das Blut der Schwangeren stellt fest, daß eine mäßige Leukozytose vorkommt, daß also durch die Schwangerschaft als solche ein erhöhter Anspruch an die Leukozyten stattfindet. Noch eingehender beschäftigte sich im vorigen Jahre Richard Blumenthal mit der Frage (Hegars Beiträge, 1907, Bd. 11). Er kommt in seiner sorgfältigen Arbeit zu dem Ergebnis, daß die Schwangerschaft leicht zu einer Anämie führt, daß die Leukozytose selbst zwar kein besonders häufiges Vorkommnis ist und daß sie keine sehr erhebliche Höhe erreicht, daß aber außerdem die Schwangerschaft sich kennzeichnet durch eine labile Blutformel, eine häufige Makrophagie und eine Myelozythämie, welche ihre Erklärung in einer erhöhten Tätigkeit des blutbildenden Apparates und insbesondere des Knochenmarks findet. Von besonderem Interesse ist auch, daß nach Blumenthals Untersuchungen die Gesamtzahl der Leukozyten bei Eintritt der Milchbildung auf sehr niedere Werte herabsinkt. Auch hier sehen wir demnach durch die Gravidität als solche eine erhöhte Inanspruchnahme der Leukozyten bedingt.

An der Tatsache, daß die Schwangerschaft an die Leukozyten erhöhte Anforderungen stellt, die in den einzelnen Fällen größere oder geringere sind, kann man also nicht wohl zweifeln. Demgegenüber liegt der Gedanke nahe, daß hier vielleicht der Ausgangspunkt zu finden sei für das Eintreten einer Verschlimmerung der Tuberkulose durch die Schwangerschaft. Nehmen wir an, daß in dem Körper der Frau mit tuberkulöser Erkrankung das Verhältnis zwischen abwehrenden Kräften des Organismus und Angriffskraft der Tuberkelbazillen ein solches sei, daß ein gewisses Stationärbleiben der Tuberkulose daraus resultiert, so können wir uns vorstellen, daß durch die mehr oder weniger stark erhöhte Inanspruchnahme des leukozytären Apparates, wie sie eine natürliche Folge der Schwangerschaft ist, das antagonistische Verhältnis zwischen beiden Kräften in dem Sinne verschoben wird, daß dadurch eine Überlegenheit der Bazillen und damit ein Progredientwerden der Tuberkulose zustande kommt. Dies als zutreffend vorausgesetzt, wären wir zu erwarten berechtigt, daß das Auftreten dieser Störung im antagonistischen Verhältnis zwischen Organismus und Tuberkulose sich kundgäbe in dem Eintritt einer entsprechenden Veränderung des leukozytären Blutbildes. Dadurch aber würde uns ein Anhaltspunkt gegeben sein, welcher den bevorstehenden Eintritt einer nachteiligen Beeinflussung der Tuberkulose durch die Schwangerschaft erkennen ließe und welcher für die vorzunehmende Unterbrechung der Schwangerschaft eine bestimmte Indikation aufzustellen gestattete. (Fernerhin kann man es als möglich bezeichnen, daß die bei Beginn der Laktation eintretende, bis zur Leukopenie sich steigernde starke Abnahme der Leukozyten die Ursache dafür abgibt, daß die Unterbrechung der Schwangerschaft im vorgeschrittenen Stadium weniger günstig wirkt als früher, weil eben im ersten Falle eine regelrechte Laktation mit ihrer Leukopenie folgt, im anderen Falle dagegen nicht.)

Noch ein zweiter Weg scheint mir die Möglichkeit zu bieten, für die Indikationsstellung bei tuberkulösen Schwangeren zuverlässigere Anhaltspunkte zu finden, als wir dies seither vermochten. Im Auge habe ich das durch Wright eröffnete neue Forschungsgebiet über das Verhalten der phagozytären Kraft der Leukozyten unter dem Einfluß verschiedener Blutsera. Ihnen allen, meine Herren, ist der wesentliche Inhalt der neuen Lehre Wrights bekannt: Das Freßvermögen der meisten Blutkörperchen gegenüber Bakterien ist minimal oder gleich Null, wenn erstere gewaschen, d. h. von ihrem Serum befreit sind. Es wird stark gesteigert oder hervorgerufen, sobald diesen gewaschenen Leukozyten frisches Serum zugesetzt wird, weil dieses gewisse Stoffe enthält, welche die Bakterien für die Leukozyten aufnahmefähiger, schmackhafter machen. Daher der Name „Opsonine", von opsono, zur Mahlzeit zubereiten. Wir müssen uns vorstellen, daß durch das Hinzutreten dieser Stoffe zu den Bakterien ein Komplex geschaffen wird, der ein chemotaktisch-positives Verhalten zu den Leukozyten entstehen läßt. Der Gehalt der verschiedenen Sera an Opsoninen ist verschieden. Dementsprechend ist auch ihre Einwirkung auf die Intensität der Phagozytose verschieden stark. Sie wissen nun, wie, hiervon ausgehend, Wright seine neue Lehre entwickelt hat: wie er das verschiedene Verhalten des zahlenmäßig festgestellten Freßvermögens der Leukozyten unter dem Einfluß des Serums kranker Individuen gegenüber dem unter dem Einfluß des normalen Serums gesunder stehenden, den „opsonischen Index", wie er es nannte, benutzt hat, um daraus in bestimmter Weise diagnostische und prognostische Folgerungen abzuleiten, ganz abgesehen von den durch künstliche Steigerung des Opsoningehaltes verfolgten therapeutischen Absichten. Nach Wright bedeutet der Nachlaß des Freßvermögens der Leukozyten, das Kleinerwerden des „opsonischen Index" eine Abnahme der Widerstandskraft des Organismus gegenüber den ihn angreifenden Bakterien. Wenn also beispielsweise während einer Tuberkuloseerkrankung 100 Leukozyten unter der Einwirkung des Serums des betreffenden Individuums seither durchschnittlich im ganzen 300 Tuberkelbazillen aufzunehmen vermochten und nun mit einem Mal dieses Aufnahmevermögen dauernd auf 150 herabgeht, so bedeutet das eine bevorstehende Verschlimmerung der Erkrankung, ein Schlechterwerden der Prognose.

Daß dies im allgemeinen zutreffend ist, wurde durch eine große Reihe von Arbeiten der verschiedensten Forscher bestätigt. Ebenso erwies sich umgekehrt die Größe des opsonischen Index abhängig von dem günstigen oder ungünstigen Verlauf der Infektion, so daß eine progredient verlaufende Erkrankung ein erhebliches Sinken des Freßvermögens der Leukozyten mit sich brachte. Es ist aus der Analogie mit den auf anderen Gebieten gesammelten Erfahrungen und Beobachtungen anzunehmen, daß auch die infolge einer Schwangerschaft eintretende Verschlimmerung der Tuberkulose angekündigt wird durch ein Sinken des opsonischen Index des Blutserums gegenüber den Tuberkelbazillen. Für den einfachen Menstruationsvorgang ist nach Turban (Kongreß für innere Medizin, Wien 1908) festgestellt, daß er unter Umständen den opsonischen Index herabzusetzen vermag; um so mehr wird dieses bei entsprechenden Fällen in der Schwangerschaft hervortreten können. Demnach bin ich der Meinung, daß wir in Zukunft bei tuberkulösen Schwangeren den opsonischen Index fortgesetzt unter Beobachtung behalten sollen: Tritt unter dem Einfluß der Gravidität eine Verschiebung zwischen Abwehrkraft des Organismus und Angriffskraft des Tuberkelbazillus zu ungunsten der ersteren ein, so muß dieses durch die Abnahme des opsonischen Index zum Ausdruck kommen, und

die Notwendigkeit einer Unterbrechung der Schwangerschaft ist hiermit klar erwiesen.

Wie aus meinen Auseinandersetzungen hervorgeht, berücksichtigt Wright bei der Bestimmung der Abwehrkraft des Körpers durch den opsonischen Index nur den einen der beiden in Betracht kommenden Faktoren, nämlich das Blutserum, während er die Leukozyten völlig als indifferent behandelt. Nimmt er doch dieselben aus dem Blute irgend eines beliebigen Individuums gewissermaßen als Testobjekt. Darin scheint mir ein erheblicher Mangel der Methode zu liegen. Denn alles, was wir aus den bisher vorliegenden Untersuchungen wissen, deutet darauf hin, daß auch den weißen Blutkörperchen besondere Eigenschaften innewohnen, welche bei den einzelnen Menschen je nach ihrer Erkrankung und dem Verlauf derselben verschieden sind. Ich glaube nicht, daß man dieselben als einfache Freßmaschinen ohne eigene Energie auffassen darf, deren Tätigkeit nur durch äußere Einwirkung beeinflußt werden kann. Dagegen sprechen die verschiedenen Befunde in bezug auf Zahl und Entwicklungszustand der myelogenen Leukozyten bei Infektionskrankheiten. Dagegen spricht auch der von Eduard Müller und Jochmann erbrachte Nachweis proteolytischer Fermente gerade in diesen Leukozyten, während dieselben den lymphogenen zu fehlen scheinen. Vielleicht hat die Einwirkung des Serums auf die phagozytäre Kraft der gewaschenen Leukozyten zum Teil nur die Bedeutung der ihnen zur Entfaltung ihrer Tätigkeit notwendigen Nährflüssigkeit. Jedenfalls scheint mir nach dieser Richtung hin eine Unvollständigkeit in der Bestimmung der Abwehrkräfte eines Organismus zu bestehen, wenn man lediglich den opsonischen Index zugrunde legt! Wir müssen auch die Leukozyten dabei berücksichtigen! Leider sind unsere Forschungen diesen gegenüber noch nicht weiter gediehen, als daß wir gelernt haben, Zahl und morphologische Beschaffenheit derselben unter dem Einfluß verschiedener Infektionsvorgänge zu verfolgen. Die Frage des proteolytischen Fermentgehaltes ist noch zu wenig bearbeitet, als daß man sie verwerten könnte. Es ist dies ja relativ wenig, was wir der Tätigkeit der Leukozyten abgelauscht haben; aber das Wenige, glaube ich, müssen wir bei unseren Untersuchungen über die Widerstandskraft des Organismus der Bestimmung des opsonischen Index ergänzend hinzufügen. Durch eine Kombination beider dürfen wir hoffen, zuverlässigere Resultate zu erhalten, als durch jedes einzelne allein. Deshalb müssen wir auch bei der Verfolgung der Tuberkulose Schwangerer beide Beobachtungswege zum Zwecke der Prognosenstellung ausnutzen.

Ich bin mir wohl bewußt, daß meine Erwägungen rein theoretischen Charakter tragen; es sind aber Theorien, welche durch exakte Untersuchungsbefunde auf anderen Gebieten wesentlich gestützt werden. Ich bin mir auch bewußt, daß sowohl leukozytäres Blutbild wie opsonischer Index, wenn sie sich durch den bevorstehenden Eintritt einer Verschlimmerung der Tuberkulose Schwangerer beeinflußt zeigen werden, alle jene Unzulänglichkeiten bezüglich der Prognosenstellung besitzen werden, welche man in anderen Fällen als ihnen anhaftend erkannt hat. Gleichwohl hielt ich es für richtig, meine Gedanken bekanntzugeben. Scheinen sie mir doch wenigstens eine Möglichkeit in sich zu bergen, auf dem uns beschäftigenden schwierigen Gebiete einen Schritt weiter zu kommen und in bestimmt ausgeprägten Fällen eine exakte Indikationsstellung für die Einleitung des künstlichen Aborts zu erreichen. Praktische Untersuchungen werden den Nachweis zu liefern haben, ob auf dem angegebenen Wege vorwärts zu kommen ist oder nicht.

Aus dem Frauenspital Basel-Stadt (Direktor: Prof. Dr. O. v. Herff).

Über Placenta cervicalis.

Von Privatdozent Dr. **Alfred Labhardt,** Oberassistenzarzt der Klinik.

(Mit 3 Figuren.)

Die Fälle von zervikaler Insertion der Plazenta scheinen recht selten zu sein; Kermauner[1]) hat sie vor 2 Jahren zusammengestellt; er fand drei anatomisch sichergestellte Fälle (v. Weiss, Ponfick, Ahlfeld und Aschoff), in welchen durch die Autopsie die Verhältnisse klargelegt werden konnten. Diesen drei Beobachtungen konnte Kermauner eine vierte anreihen, die ebenfalls durch die Sektion und durch mikroskopische Präparate bestätigt wurde. Ferner erwähnt er je einen Fall von Küstner und von Keilmann, in welchen die Diagnose des zervikalen Sitzes der Plazenta unter der Geburt gestellt wurde, ohne daß die betreffende Frau starb; es handelt sich dabei aber wohl nur um eine einzige Beobachtung, die Küstner auf dem Gynaekologenkongreß in Leipzig zitierte und die Keilmann[2]) später publizierte. Schließlich zitierte Kermauner noch zwei Fälle, „in welchen Ahlfeld im Wochenbett keinen inneren Muttermund fühlte, dagegen die rauhe Plazentarstelle bis nahe an den äußeren Muttermund herab verfolgen konnte."

Der von Hartmann[3]) erwähnte Fall ist zu wenig genau beschrieben, um daraus Schlüsse zu ziehen; es handelte sich um Plazentarbildung bis an den äußeren Muttermund.

So wichtig es nun ist, daß seltene anatomische Befunde durch den Gesichtssinn bei der Autopsie kontrolliert werden, so nützlich erscheint es andrerseits, auch solche Fälle zu berücksichtigen, die nur klinisch und durch den Tastsinn diagnostiziert werden konnten. Werden nur die letal ausgehenden Fälle berücksichtigt, so erhält man eine unrichtige Häufigkeitsstatistik und auch einen falschen Begriff über den klinischen Verlauf und die Prognose einer Anomalie; Kermauner sieht daher mit Recht in den nur klinisch erhobenen Befunden eine Stütze der anatomisch durch die Autopsie sichergestellten.

Ich war nun vor einigen Monaten in der Lage, das Vorhandensein einer Zervixplazenta bei einer Gebärenden durch den Tastbefund nachzuweisen; die Frau erlag dem bedeutenden Blutverluste zum Glücke nicht, ein Umstand, der mich aber in die Unmöglichkeit versetzte, den klinischen Befund durch den anatomischen zu erhärten. Ich halte jedoch den Fall für wichtig genug, um ihn zu publizieren.

Frau S. W., 36 Jahre, V.-para. Pol. J.-N. 1907/147.

1891—1895 fünf normale Geburten; nach der letzten trat eine Senkung auf, wegen deren Patientin 1897 ins Frauenspital aufgenommen wurde. Der damalige Befund (gyn. J.-Nr. 1897/311) ergab einen Deszensus der Scheide und des Uterus; letzterer in Retroversion, leicht aufrichtbar. Portio klafft, aus dem Kollum starker, schmieriger Ausfluß. Muttermundränder gerötet. Da nach Einlegen eines Mairschen Ringes die Beschwerden verschwanden, wurde

---

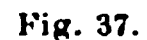
[1]) Kermauner: Placenta praevia cervicalis. Hegars Beiträge zur Geburtshilfe und Gynaekologie, Bd. 10.

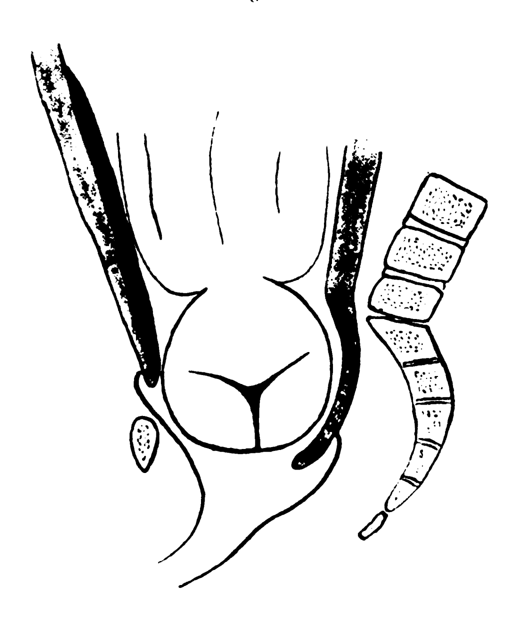
[2]) Keilmann: Eine Zervixplazenta. Zentralbl. f. Gyn., 1897, S. 857.

[3]) Hartmann: Ein Fall von Sitz der adhärenten Plazenta in der Zervix. Sitzungsberichte der Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gyn. zu Berlin. Zentralbl. f. Gyn., 1906, S. 606.

Patientin ohne Operation entlassen. Sie trug den Ring eine Zeitlang, entfernte ihn dann wieder und ist nun schon seit Jahren ohne Pessar.

Periode stets regelmäßig, vierwöchentlich, 4—5tägig, mittelstark, ohne Molimina. Letzte Regel 23. Oktober 1906 (?). Erste Kindesbewegungen März 1907. Die Gravidität verlief ohne wesentliche Beschwerden. Die Wehen traten am Nachmittag des 23. August 1907 auf, und mit ihnen eine anfangs leichte, später zunehmende Blutung aus den Genitalien. Wegen dieser Blutung nahm die Hebamme die Hilfe unserer geburtshilflichen Poliklinik in Anspruch. Bei unserer Ankunft (7^{20} p. m.) fanden wir an der Bettwäsche und an der Vorlage eine ziemlich reichliche Menge von Blut. Wehen alle 3—4 Minuten, kurz aber kräftig. Die äußere Untersuchung ergab eine I. Schädellage. Kopf bereits fest im Eingang. Sehr auffallend war der innere Befund: Scheide voll von Blutkoagulis, Portio verstrichen, Zervix entfaltet. Der äußere Muttermund ist zirka handtellergroß; die Lage des äußeren Muttermundes ist besonders auffällig, indem die Öffnung nach vorne verschoben ist (Fig. 37); der vordere Rand ist oberhalb der Symphyse für den Finger wegen des vorliegenden Kopfes nicht mehr erreichbar; der hintere Rand dagegen ist in der Führungslinie oder dahinter zu spüren; er ist noch etwas


Fig. 37.



dick, aber leicht dehnbar. Plazentargewebe ist nirgends nachzuweisen. Der Kopf ist ins kleine Becken eingetreten, Pfeilnaht quer, kleine Fontanelle links. Zur Beschleunigung der Geburt wurde die dem Kopf glatt anliegende Blase gesprengt, worauf Fruchtwasser in kleiner Menge abging. Die Blutung stand vollständig. Unter kräftigen regelmäßigen Wehen ging die Geburt gut voran und erfolgte um 9 Uhr p. m. Das Kind ♂, lebt. Gleich darauf sehr intensive Blutung, die trotz Massage nicht steht. Daher Expression der Plazenta nach Credé, die etwas mühsam ist, jedoch nach einigen Versuchen gelingt. Die Plazenta ist dünn, etwa 12—14 *cm* im Durchmesser groß; an einer ca. 6—8 *cm* langen Stelle sind die starken Gefäße des Chorions abgerissen; es fehlt also ein Stück Plazenta. Unterdessen hat es, trotzdem der Uterus gut kontrahiert ist, stark weitergeblutet. Daher: sofortiges Eingehen (Handschuh) zur Lösung des retinierten Stückes; die Uterushöhle ist leer, die Wände des Uterus gut kontrahiert; dagegen findet sich ein großes Stück Plazenta an der vorderen Zervixwand, bis herab an den äußeren Muttermund — also auch an der Portio, die frei in die Scheide hängt. Die Lösung dieses retinierten Lappens verursachte wegen der außerordentlich festen Ver-

bindung mit dem Mutterboden große Mühe; das Plazentargewebe konnte nur in Fetzen losgelöst werden. Nach der völligen Entfernung stand die Blutung bald. Jedoch hatten sich unterdessen bedrohliche Zeichen der Anämie eingestellt: Gähnen, Lufthunger, Puls unfühlbar. kühle Extremitäten. Auf Kampfer, Kochsalzklysma gelang es, den Kollaps zu heben; nach einer halben Stunde wurde der Puls wieder fühlbar.

Die Untersuchung der aus der Zervix entfernten Plazentarstücke, die zusammengenommen etwa Kleinhandtellergröße haben mochten, ergab, daß ein Teil derselben noch von dem gefäßführenden Chorion bedeckt war, während andere Stücke keines aufweisen -- die Plazenta mußte also einen Wall besessen haben. Eine exakte Wiederherstellung der ursprünglichen Verhältnisse konnte in Anbetracht der starken Zerfetzung nicht mehr geschehen.

In den ersten Tagen des Wochenbettes bestanden leichte Temperatursteigerungen bis 38·5°, herrührend von einer Endometritis putrida. Auf Ergotindarreichung und Spülungen sank die Temperatur bald wieder zur Norm und die Frau konnte wie gewöhnlich am zehnten Tage das Bett verlassen.

Trotz der mangelnden anatomischen Kontrolle steht in diesem Falle die zervikale Entwicklung der Plazenta über jedem Zweifel, u. zw. saß der ganze, zirka kleinhandtellergroße Lappen, der manuell entfernt wurde, im Bereich des Kollum, bis an den äußeren Muttermund. Als Beweis dafür möchte ich die folgenden drei Momente anführen:

1. saß der retinierte Teil so fest auf seiner Unterlage, daß er nur mit großer Mühe losgelöst und nur in Fetzen herausgebracht werden konnte; ich hatte daher genügend Gelegenheit, mich über seinen Sitz zu orientieren, da ich mehrmals zur Loslösung ansetzen mußte; die Möglichkeit, daß es sich nur um ein im Kollum liegen gebliebenes, von der Korpushöhle stammendes Plazentarstück handelte, ist wegen des festen Anhaftens absolut ausgeschlossen.

2. In der Meinung, das fehlende Plazentarstück sei in der Korpushöhle zu finden. ging ich natürlich zunächst mit der Hand in die Uterushöhle ein, war aber sehr verwundert, dieselbe leer zu finden, was ja an einem gut kontrahierten Organ nicht schwer festzustellen ist — mein Erstaunen darüber äußerte ich dem mich begleitenden Praktikanten. Erst nach einigem Tasten fand ich das retinierte Plazentarstück unten an der weichen Zervikalwand, die sich sehr deutlich von der hart kontrahierten Korpuswand abhob.

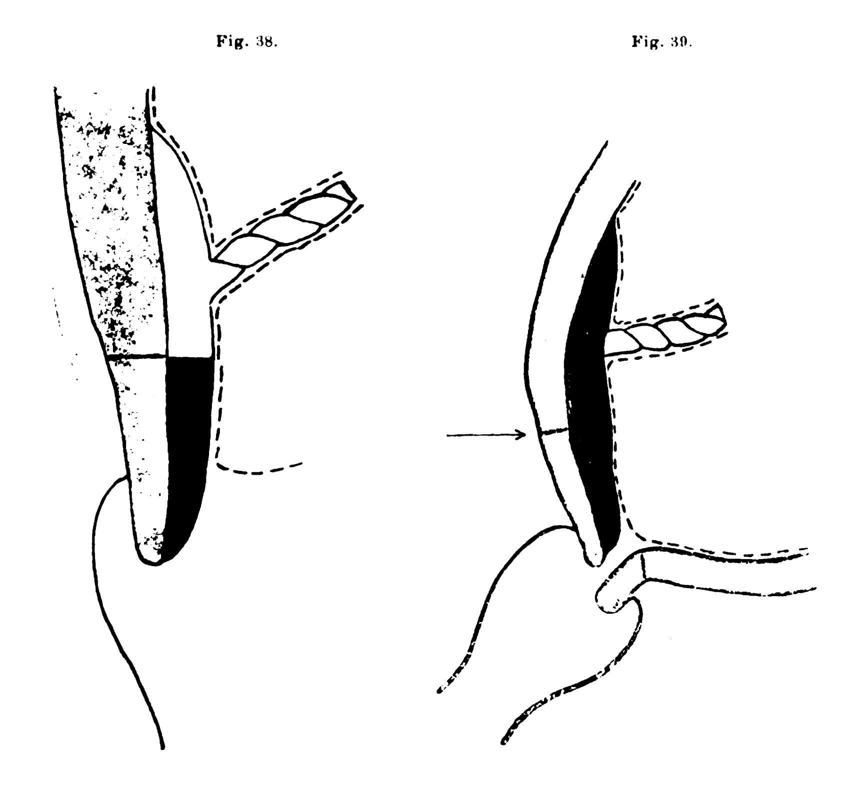
3. Ich mußte den untersten Teil des retinierten Stückes von der frei in die Scheide hineinragenden vorderen Muttermundslippe ablösen — ein sehr ungewohntes Gefühl und namentlich darum der operierenden Hand so auffällig, weil nicht wie sonst bei manuellen Plazentarlösungen die äußere Hand die Bewegungen der inneren unterstützen und kontrollieren kann. Der Umstand, daß ich der Dringlichkeit halber die Operation mit einem Handschuh ausführte, ändert an dem erhobenen Befunde nichts; ich habe mehrere Jahre hindurch die sämtlichen Plazentarlösungen (auch bei Aborten) in Handschuhen vorgenommen und bin daher das Operieren in solchen gewohnt, so daß ein Irrtum aus dem Grunde eines mangelhaften Tastgefühles ausgeschlossen ist.

Bei der Untersuchung unter der Geburt war merkwürdigerweise die vordere Muttermundlippe nicht zu erreichen gewesen; sie stand über der Schamfuge; der schon ins Becken eingetretene Kopf hinderte ein Abtasten derselben. Die hintere dagegen ragte bis in die Führungslinie vor. Aus diesem Befunde konnte man verleitet werden, anzunehmen, die vordere Muttermundlippe oder eventuell ein noch größerer Teil des Kollum hätten gefehlt, z. B. infolge einer Abquetschung bei einer früheren Geburt: dann hätte es sich allerdings hier nicht um Zervikalplazenta gehandelt, sondern ein-

fach um einen Tiefsitz im Korpus. Allein es ließ sich nach der Geburt des Kindes die vordere Muttermundslippe sehr wohl abtasten, sie ragte deutlich frei in die Scheide herein: übrigens war bei dem früheren Spitalaufenthalt der Patientin, seit welchem keine Geburt mehr stattgefunden hatte, das Vorhandensein der vorderen Muttermundslippe festgestellt worden.

Rekonstruiert man den Sitz der Plazenta in unserem Falle, so ergibt sich folgendes (Fig. 38): Die Hauptmasse des Fruchtkuchens saß an der vorderen Uteruswand in der untersten Partie derselben; ein Segment aber ragte in das Kollum; die Basis dieses Segmentes, die sich in der Höhe des inneren Muttermundes befand, hatte eine Breite von ca. 6—8 *cm* Der größte Teil des zervikalen Plazentarabschnittes war noch

Fig. 38. Fig. 39.



vom gefäßführenden Chorion bedeckt, ein kleinerer Teil bildete einen Wall außerhalb des Ansatzes des Eihäute. Wir haben es hier mit einer Placenta partim circumvallata zu tun, wie sie ja als Placenta praevia nicht selten vorkommt. Das Gewebe der Plazenta selbst schien durchaus normal zu sein, bis auf die Andeutung eines Fibrinringes an der Ansatzlinie der Eihäute. Die Nabelschnur inserierte ungefähr in der Mitte des im Korpus befindlichen Abschnittes des Fruchtkuchens.

Was den Sitz der Plazenta im Kollum anbelangt, so war dieselbe, soweit sich durch das Tastgefühl feststellen ließ, in der gleichen Weise auf der Schleimhaut inseriert, wie normalerweise in der Korpushöhle. Kermauner, Ahlfeld und Aschoff fanden bei ihren Präparaten das Zottengewebe in die Kollumwand eingelagert, so daß diese Wand in einen dickeren peripheren Teil und in einen dünnen, der Lichtung

naheliegenden, getrennt wurde [1]), ich konnte ein solches Verhalten nicht feststellen. Bei der großen Ausdehnung, die im vorliegenden Falle der zervikale Teil der Plazenta erreichte, konnten die Verhältnisse am Kollum während der Gravidität nicht die normalen sein; es konnte kein enger innerer Muttermund mit einem engen Zervikalkanal bestehen. Leider hatte ich keine Gelegenheit, die Frau während der Gravidität zu untersuchen und den damaligen, jedenfalls auffallenden Befund zu erheben. Dagegen weist der unter der Geburt gefundene Status auf das frühere Verhalten des Kollum hin: die vordere Zervikalwand war so weit emporgezogen, daß die Muttermundslippe gar nicht erreicht werden konnte. Es liegt nahe, anzunehmen, daß schon in der Schwangerschaft die vordere Zervikalwand emporgezogen war, und zwar so weit, daß ihre mit Plazentargewebe bedeckte Innenseite bereits gegen die Korpushöhle gekehrt war, d. h. die vordere Zervikalwand war ganz entfaltet, die vordere Muttermundslippe verstrichen (Fig. 39). Nur bei der Annahme einer solchen Entfaltung und Oberflächenvergrößerung der vorderen Kollumwand erscheint es möglich, daß sich darauf ein größeres Plazentarstück inserieren konnte. Solche Befunde sind allerdings bisher nicht erhoben worden, allein es ist meines Erachtens kein anderer Erklärungsmodus denkbar. Es ist aber noch eine weitere Annahme zu machen und, wie mir scheint, gerechtfertigt. Der innere Muttermund konnte bei der Frau in den allerersten Stadien der Schwangerschaft kein kleines enges Loch sein, sondern es war jedenfalls schon etwas geöffnet, wenigstens an seinem vorderen Umfang. So fand das Ei, das sich jedenfalls in der unmittelbaren Nähe des Muttermundes eingenistet hat, die Gelegenheit, einen Teil des Kollum in den Bereich seiner Entwicklung zu ziehen; wäre der innere Muttermund geschlossen gewesen, so hätte die Plazentaranlage denselben einfach überwuchert — wie es bei Plazenta praevia bei dem primär tiefen Sitz der Eiinsertion vorkommt. Die Annahme einer Reflexa-Plazenta würde hier sehr gezwungen sein; außerdem war das Plazentargewebe im Kollum dick und massig, im Gegensatz zu dem, was wir bei Reflexa-Plazenten anzutreffen gewohnt sind.

Daß die Zervixschleimhaut in unserem Falle in ausgedehntem Maße dezidual reagiert haben mußte, erscheint durchaus keine gezwungene Annahme; die Tatsache der wenigstens partiellen dezidualen Reaktion im Kollum ist auch von Kermauner (l. c.) nachgewiesen worden.

Auffallend ist nun fernerhin der klinische Verlauf: vor der Geburt hatte keine Blutung bestanden; diejenige unter der Geburt war zwar ziemlich stark, aber immerhin noch nicht so intensiv, wie man sie etwa bei Placenta praevia trifft; der Grund davon scheint mir darin zu liegen, daß das Kollum bereits frühzeitig (und zwar passiv durch das Wachstum der Plazenta) entfaltet worden war. So fiel für die Geburt selbst die Entfaltungsperiode mit ihrer gewöhnlich starken Blutung weg. Außerdem gestattete die außerordentlich feste Adhärenz der zervikalen Plazenta auf ihrer Insertionsfläche kaum eine äquatoriale und meridionale Verschiebung der Uteruswand an dem Fruchtkuchen. Auch die Patientin von Küstner und Keilmann, die ähnliche Verhältnisse darbot wie die unsere, hatte während der Gravidität nie Blut verloren, sondern auch bei ihr setzte erst unter der Geburt ein leichter Blutabgang ein. Auch bei jener Frau mußte die sehr fest haftende Plazenta manuell von der Kollumwand abgelöst werden.

---

[1]) Aschoff hat neuerdings noch auf das dissezierende Wachstum der Zervixplazenten aufmerksam gemacht, sowie auf die Gefahr der verdünnten Uteruswand bei der manuellen Lösung solcher Plazenten. (Aschoff: Die Dreiteilung des Uterus; das untere Uterussegment [Isthmussegment] und die Placenta praevia. Berliner klin. Wochenschr. 1907, Nr. 31.)

Ahlfelds Vermutung der Möglichkeit einer Insertion einer Zervixplazenta bis an den äußeren Muttermund ist durch unseren Fall bestätigt. Unsere Patientin ist der Blutung, die durch die mangelhafte Kontraktion des Kollum in der Plazentarperiode entstand und die sie an den Rand des Grabes brachte, zum Glück nicht erlegen; dieser Umstand beraubt uns allerdings der Möglichkeit eines anatomischen und mikroskopischen Studiums der außerordentlich interessanten Anatomie; letal ausgehenden Fällen wird es vorbehalten sein, diese Lücke in unserer Erkenntnis auszufüllen.

Bücherbesprechungen.

R. Knorr: Die Cystoskopie und Urethroskopie beim Weibe. Mit 145 Textbildern und 3 Tafeln. Verlag von Urban & Schwarzenberg, Wien u. Berlin. Preis M. 8.

Der Verfasser beabsichtigt in seinem Buche, den modernen Stand der gynaekologischen Zystoskopie mit Einschluß der funktionellen Nierendiagnostik und der Urethroskopie in kurzer, zusammenfassender Darstellung zu schildern und dem Anfänger die technischen Schwierigkeiten zu erleichtern. Der größte Teil des Buches (Teil I und III) ehandelt die Technik und das Instrumentarium, wobei die Urethroskopie, ihrer beim Weibe geringeren Bedeutung entsprechend, nur kurz berührt wird; der III. Teil enthält die Pathologie.

Von den Textbildern hätten wohl manche (besonders im I. Teil) entfallen können; die zystoskopischen Bilder sind naturgetreu und gut wiedergegeben, wenn auch die farbigen nicht an die prachtvollen Originale heranreichen, welche Knorr im Mai d. J. auf dem Dresdener Gynaekologenkongreß demonstrierte.

Von Einzelheiten sei hervorgehoben die objektive Haltung, die Knorr in der Frage der funktionellen Nierenprüfung einnimmt, während er andrerseits sich dem in vielen Fällen gut brauchbaren Segregator von Luys gegenüber skeptisch verhält. Ein Druckfehler bei Besprechung der funktionellen Nierendiagnostik „Stunden“ statt „Minuten“ (S. 126) könnte den Anfänger verwirren.

Im ganzen ist der Text klar und speziell auch in dem für den Anfänger schwierigen optischen Teile leicht verständlich, Literaturangaben sind nach Tunlichkeit eingeschränkt und so wird das Werk dem eingangs erwähnten Plan des Verfassers in jeder Weise gerecht.

Adler.

Dr. O. v. Hovorka und **Dr. A. Kronfeld:** Vergleichende Volksmedizin. Verlag von Strecker & Schröder, Stuttgart; geheftet Mk. 22·40, gebunden Mk. 28·—.

Das Werk liegt nun bis zur dritten Abteilung vor und geht seinem Abschluß entgegen. Die Vielfältigkeit der Darstellung auf allen Gebieten der Volksmedizin ist eine außerordentliche. So wird u. a. die Behandlung der Epilepsie in einer fast erschöpfenden Vollständigkeit geboten, dasselbe gilt von der Beschneidung, deren Ursachen, Anfänge und Bedeutung gründlich besprochen werden. Sehr interessant ist das Kapitel Schröpfen, aus welchem man erkennt, daß die heute so moderne „Biersche Stauung“ ein bereits Jahrhunderte altes Heilverfahren darstellt, welches sogar den Naturvölkern Afrikas längst bekannt war. Vielfache neue Tatsachen erfahren wir aus den Kapiteln „Schlangenbiß“, „Hundswut“, „Trepanation“ und staunen über die unleugbaren Heilerfolge der Volkschirurgie sowohl bei uns in Europa als auch bei den Naturvölkern. Am Schlusse der jetzt vorliegenden 3. Abteilung beginnt der reich illustrierte Abschnitt „Geburtshilfe“, der den Fachkollegen besonders viel des Interessanten zu bringen verspricht.

F.

Sammelreferate.

Myomliteratur 1907 (II. Teil).

Sammelreferat von Dr. **R. Schindler,** Graz.

Frankenstein: **Über die Bedeutung der Resectio uteri bei Myomen zur Erhaltung der Menstruation nach der Operation.** (Archiv f. Gyn., Bd. 83.)

Laubenburg: **Zur Frage der Myomoperationen in der Schwangerschaft.** (Gynaekol. Rundsch., 1907.)

Rubeška: **Geburten bei Gebärmuttermyomen.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 35.)

v. Valenta: **Zwei Fälle von Kaiserschnitt bei Myom und Osteomalacie.** (Gynaekol. Rundsch., 1907.)

Büttner: **Zur Kasuistik der Myome bei Gravidität.** (Deutsche med. Wochenschr., Nr. 21.)

Hedrén: **Zur Frage der Zerrung und Spontantrennung des Uteruskörpers vom Collum uteri bei Uterusmyomen.** (Archiv f. Gyn., Bd. 83.)

Schwab: **Multiple Adenomyomata uteri in karzinomatöser Degeneration.** (Hegars Beiträge, Bd. XII/1.)

Hunziker: **Die Rhabdomyome des Corpus uteri.** (Ebenda, Bd. XII/2.)

Pfeilsticker: **Die Ursache der Myomblutungen.** (Gyn. Rundsch., 1907.)

Aulhorn: **Ergebnisse der Blutuntersuchung in der Gynaekologie.** (Festschrift für Fr. v. Winckel.)

Frankenstein teilt die Resultate der an der Kieler Frauenklinik ausgeführten Myomoperationen mit unter besonderer Berücksichtigung der konservativen Methoden, speziell der Resectio uteri nach Zweifel.

In der Zeit von 1901 bis 1905 wurden von 335 Fällen 168 operativ behandelt, und zwar 97 vaginal (darunter 27 Totalexstirpationen) und 71 abdominal (darunter 58 supravaginale Amputationen und 6 Totalexstirpationen). Die Gesamtmortalität betrug 1·2% (2 Todesfälle), und zwar zirka 1% für die vaginalen, 1·4% für die abdominalen Operationen.

Die konservativ operierten Fälle wiesen 0% Mortalität auf.

Die Resectio uteri hat vor der Enukleation den Vorteil der kürzeren Operationsdauer und einfacherer Wundverhältnisse.

Damit aber die Menstruation post operationem erhalten bleibt, muß der Uterus möglichst hoch abgesetzt und die Ovarien möglichst geschont werden (Abtragung der Adnexe nahe dem Uterus, prinzipielle Vermeidung der Umstechung des Hauptstammes der Arteria uterina, isolierte Gefäßversorgung, keine Massenligaturen).

Die Technik an der Kieler Klinik ist kurz folgende:

Enukleation der zugänglichen Myomknoten nach Eröffnung der Bauchhöhle, Vorwälzen des so verkleinerten Uterus, Abtrennung der Adnexe dicht an der Uteruskante oder noch in der Uterussubstanz. Möglichste Konservierung beider Adnexe (Tube und Ovarium). Absetzung des Uterus so hoch wie möglich nach Bildung eines vorderen Peritoneallappens, isolierte Gefäßunterbindung. Verkleinerung des Stumpfes durch Etagennähte, Überdeckung derselben durch seroseröse Naht unter Heranziehung der Adnexstümpfe. Auf diese Weise gelang es, in mehr als der Hälfte der Fälle (15) die Menstruation zu erhalten (auch bei Zurücklassung nur eines Ovariums). Die Periode war meist schwach, in drei Fällen überhaupt nicht von Dauer (Nähe des Klimakteriums!), doch kam den betreffenden Patientinnen der Zusammenhang der allmählich eintretenden Menopause mit der Operation nicht zum Bewußtsein.

Sowohl die primären als die Dauererfolge (Ausfallserscheinungen) der Operation waren in jeder Beziehung befriedigend.

In den übrigen 13 Fällen trat postoperative Menopause ein. Eine Ursache hierfür läßt sich schwer angeben (vielleicht das höhere Alter dieser Frauen). Doch waren auch in diesen Fällen Ausfallserscheinungen nur selten zu beobachten (in zwei Fällen). Der Vorteil der Resectio uteri gegenüber der tiefen Amputation des Uterus besteht also in dem selteneren Auftreten von Ausfallserscheinungen, bedingt durch die Zurücklassung eines größeren, funktionsfähigen Uterusstumpfes. Die primären wie Dauerresultate sind dabei ebenso gute wie bei der tiefen Amputation.

Laubenburg bespricht im Anschluß an einen einschlägigen Fall die Frage der Myomoperationen in der Schwangerschaft. Es handelte sich um eine ca. 10 Wochen gravide II-para mit retroflektiertem, inkarzeriertem myomatösem Uterus. Laparotomie, Enukleation mehrerer Knoten, wobei man ganz dicht an die Eiblase herankam. Der Uterus erhielt annähernd seine normale Form. Heilung. Die Schwangerschaft verlief bis ans Ende. Spontangeburt eines kräftig entwickelten Kindes. Die Indikation zur Operation muß streng gestellt werden (Einklemmung, Stieldrehung, bedeutende Größe).

Die Operation soll möglichst konservativ sein, Enukleation. Die Nachteile derselben (Abortus, Myomrezidive) können meist vermieden werden: der Abortus durch vorsichtiges, schonendes Vorgehen, die Rezidive durch genaue Besichtigung des freigelegten Uterus (multiple kleine Myomkeime an der Oberfläche indizieren die radikale Operation).

Möglichste Wiederherstellung eines normal geformten Uterus ist nach Möglichkeit anzustreben.

Rubeška's Fälle illustrieren die verschiedenen Behandlungsmöglichkeiten bei mit Myom komplizierter Schwangerschaft:

1. 26jährige I-para am Ende der Schwangerschaft; zweifaustgroßes Myom der hinteren Zervixwand. Reposition unmöglich; Muttermund handtellergroß; Laparotomie, Enukleation des Myoms. Wegen verlangsamter Herztöne Wendung und Extraktion der Frucht. Naht des Geschwulstbettes. Heilung.

2. 26jährige I-para; Schwangerschaftsende; faustgroßes irreponibles Zervixmyom. Sectio caesarea, Enukleation des Myoms. Heilung.

3. 39jährige VIII-para im 6. Lunarmonat. Kindskopfgroßes Myom der hinteren Muttermundslippe. Kolpotomia posterior, Enukleation (Morcellement); Hystereurynter; spontane Ausstoßung des Eies. Heilung.

4. IV-para, seit 2 Tagen Wehen; kindskopfgroßes submuköses Myom der hinteren Uteruswand. Bereits Zangen- und Perforationsversuch außerhalb der Anstalt. 40° Fieber. Zerstückelung des Myoms, Extraktion der Frucht. Exitus an Sepsis.

5. 36jährige V-para am Ende der Gravidität; Blutungen, Wehen. Kopf über dem Beckeneingang, darüber anscheinend ein zweiter Kopf. Blasensprung, Eintritt des Kopfes, Zange wegen drohender Asphyxie. Der zweite Kopf erwies sich als Myom; starke Blutung. Spaltung der Kapsel, Enukleation (Morcellement), Uterustamponade. Heilung.

Über einen bemerkenswerten Fall von Sectio caesarea wegen Myom berichtet v. Valenta: 32jährige I-para, seit 4 Tagen Wehen; Temperatur 37·5, lebendes Kind; Muttermund 5 *cm* offen, Schädel fixiert, dahinter ein kindskopfgroßes, im Becken eingekeiltes Myom. Wegen des ausdrücklichen Wunsches der Frau nach einem lebenden Kinde trotz der ungünstigen Nebenumstände (Blasensprung vor 138 Stunden!) Sectio

caesarea: Längsschnitt, schwierige Extraktion der lebenden Frucht; beide Ovarien wegen zystischer Degeneration mitentfernt. Heilung per primam.

Die Totalexstirpation respektive Porro erschien dem Verfasser nicht am Platze wegen des tiefen, ungünstigen Sitzes des Myoms; ebenso die vaginale Entfernung mit nachfolgender Zange wegen Schwierigkeit der Operation und ungünstiger Prognose für das Kind.

Büttner beschreibt einen diagnostisch interessanten, hierhergehörigen Fall von einer 45jährigen X-para am Ende des 7. Lunarmonats; im Abdomen zwei durch eine Furche getrennte Geschwülste; im linken Tumor die Frucht zu tasten, der rechte hart. Die Diagnose schwankte zwischen linkseitiger Extrauteringravidität neben einem myomatösen Uterus und Gravidität in einem myomatösen Uterus. Bei der Laparotomie fand sich ein zystisch erweichtes Fundusmyom, die Frucht lag in dem stark verdünnten Uterus. Supravaginale Amputation des uneröffneten Uterus wegen toter Frucht und Alter der Frau. Heilung.

Die folgenden Arbeiten betreffen Fälle von seltenen, hochinteressanten anatomisch-histologischen Befunden bei Myomen.

Hedrén beobachtete zwei Fälle von Spontantrennung des Corpus uteri vom Collum infolge von Myom gelegentlich der Obduktion.

In dem einen Falle handelte es sich um eine 64jährige Nullipara, die an Leukämie verstorben war. Als Nebenbefund fand sich nun ein myomatöser Uterus mit multiplen subserösen, zum Teil verkalkten Knoten und Hämatometra. Zervix, stark in die Länge gezogen, erscheint in der mittleren Partie obliteriert, jedoch nicht vollständig. Schleimhautepithel und Muskulatur daselbst atrophisch.

In dem zweiten Falle war es zur vollständigen Obliteration des Zervikalkanales gekommen: 49jährige Frau, Totalexstirpation wegen Myom, Exitus letalis an Peritonitis. Gestieltes Myom der vorderen Uteruswand, Hämatometra, an Stelle der obliterierten Zervix zellarmes fibrilläres Bindegewebe. In der Literatur sind nur wenige solche Fälle beschrieben. Durch das Myom kommt es zu einer Lageveränderung des Uterus, Zerrung und Verlängerung der Zervix mit nachfolgender Atrophie derselben und Verschluß des Zervikalkanales bis zur völligen Obliteration.

Schwab beschreibt einen seltenen Fall von multiplen, karzinomatös degenerierten Adenomyomen bei einer 37jährigen Frau, die zur Zeit der Periode Anfälle von hohem Fieber und Schmerzen bekam. Die Untersuchung ergab einen fixierten retroflektierten Uterus und einen prall elastischen hühnereigroßen Tumor im Douglas, der als entzündlicher Adnextumor angesprochen wurde. Bei der Laparotomie erwies sich dieser Tumor als ein erweichtes Myom des Uterus, der noch einzelne kleinere subseröse Knoten enthielt, welche enukleiert wurden, aber keine eigene Kapsel besaßen. Es handelte sich um Adenomyome, deren Epithelien karzinomatös degeneriert waren und die Myomknoten infiltrierten, zum Teil in einer eigentümlichen radiären, an Leberacini erinnernden Form.

Analoge Fälle gibt es in der Literatur nur vier. Bezüglich der Genese hält Schwab die Adenomyome für bereits embryonal entstandene Abkömmlinge der Müllerschen Gänge. Die kleineren Tumoren sind nicht als metastatische, sondern als selbständige Erkrankungsherde aufzufassen.

Hunziker berichtet über einen Fall von Rhabdomyosarcoma corporis uteri aus der Züricher Klinik: Bei einer 58jährigen, seit 6 Jahren in der Menopause befindlichen Frau mit unregelmäßigen Blutungen fand sich ein faustgroßer retroflektierter Uterus.

Probecurettement ergab das Bild eines Karzinoms. Abdominale Totalexstirpation; Heilung. Exitus an Rezidiv.

An der vorderen Uteruswand inserierte breitgestielt ein apfelgroßer, zum Teil nekrotischer Tumor, der histologisch aus einem kernreichen Sarkomgewebe und quergestreiften Muskelfasern in verschiedenen Entwicklungsstadien und Übergangsformen bestand. Züge dieser Tumorelemente ließen sich auch in die umgebende Uterussubstanz sowie auch in die Venen und ins perivaskuläre Bindegewebe verfolgen.

An der Peripherie des Tumors fanden sich mehr degenerierte oder nekrotische Muskelfasern und Einschlüsse von Knorpelinseln. Das den Tumor überziehende Endometrium war ebenfalls sarkomatös verändert, das Epithel zeigte Plattenepithelmetaplasie. An der Portio ähnliche Veränderungen. Eine in der Gegend der linken Tube sitzende subseröse Metastase zeigte übereinstimmenden Bau.

Diese malignen Mischgeschwülste des Corpus uteri sind sehr selten (nur 6 Fälle in der Literatur). Es handelt sich meist um weiche, polypöse, von der Nähe der Tubenecken ausgehende Tumoren bei klimakterischen Frauen.

Therapeutisch ist die abdominale Totalexstirpation am meisten zu empfehlen.

Die Ätiologie ist noch unklar. Verfasser schließt sich im großen und ganzen der Theorie von Wilms an, welche die Verlagerung eines noch undifferenzierten mesodermalen Gewebes bei der Entstehung des Urogenitalapparates annimmt.

Der ursächliche Zusammenhang zwischen Myom und Blutungen ist noch nicht einwandfrei geklärt. Pfeilsticker teilt deshalb die Ansicht seines Chefs Walcher über diese Frage mit:

Durch einen oder mehrere in das Cavum uteri hinein sich entwickelnde Tumoren entstehen je nach Sitz, Form und Größe der Geschwulst „tote Räume“, welche bei Kontraktion des Uterus einigermaßen ausgeglichen werden. Die Mukosa erfährt an diesen Stellen eine auffallende Verdickung, sie wird hypertrophisch, während sie über dem Tumor infolge der Spannung atrophiert, ebenso wie an jenen Partien, die vom Tumor dauernd gedrückt werden.

Durch den fortwährenden Wechsel von Kontraktion und Erschlaffung des Uterus entsteht demnach in den toten Räumen durch mechanische Reize eine sekundäre Hypertrophie der Schleimhaut, aus welcher es durch Saug- und Druckwirkung des Tumors zu Blutungen kommt. Aus diesem Grunde fehlen oft Blutungen bei großen, das ganze Uteruskavum ausfüllenden Myomen oder solchen, die nicht in dasselbe hinein entwickelt sind (subseröse Myome).

Da während der Menstruation nicht nur der Uterus, sondern auch das Myom eine Volumszunahme erfährt, so erklärt es sich, daß zunächst Menorrhagien auftreten und erst später, wenn der Tumor an Größe zunimmt, auch Metrorrhagien. Andrerseits ist die senile Involution des myomatösen Uterus eine verlangsamte, das Klimakterium tritt später ein als in der Norm. Aus dieser Theorie erklärt sich auch die Wirkung des Ergotins bei Myomblutungen, indem durch die dadurch veranlaßten Dauerkontraktionen des Uterus einerseits der Tumor mehr aus dem Cavum uteri hinausgedrängt, andrerseits die abwechselnde Saug- und Druckwirkung des Tumors abgeschwächt wird.

Aulhorn berichtet über Blutbefunde bei gynaekologischen Erkrankungen, darunter auch bei 87 Myomfällen. In 8% war der Hämoglobingehalt wesentlich herabgesetzt, auch ohne stärkere Blutungen. Die Leukozytenzahl war entweder gesteigert (posthämorrhagische Leukozytose) oder aber vermindert. Fälle mit einem Hämoglobingehalt

unter 30% sind bezüglich der operativen Therapie ungünstig zu beurteilen, besonders wenn gleichzeitig auch die Leukozytenzahl vermindert oder gar eine relative Vermehrung der Myelozyten vorhanden ist.

Die Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane.

Sammelreferat, erstattet von Dr. **Lucius Stolper,** Frauenarzt in Wien.

1. Archambault und Pearce: **Tuberkulose eines Adenomyoms des Uterus.** (Revue de gyn. et de chir. abdom., 1907.)
2. Baumgarten: **Zur Kritik der aszendierenden Tuberkulose im weiblichen Genitaltrakt.** (Berliner klin. Wochenschr., 1907, Nr. 3.)
3. Baisch: **Die Dauerresultate bei der Behandlung der Peritoneal- und Genitaltuberkulose.** (Verhandl. d. deutschen Gesellsch. f. Gyn., XII.)
4. Birnbaum: **Die Erkennung und Behandlung der Urogenitaltuberkulose mit den Kochschen Tuberkulinpräparaten.** (Ibidem.)
5. Ferguson: **Ein Fall von Tuberkulose des Endometrium.** (Sitzungsbericht d. geburtshilflichen Gesellsch. zu Edinburgh, 8. Mai 1907.)
6. Gallatia: **Ein Fall von lokaler Tuberkulose des Uterus, der Adnexe und des Peritoneum mit tödlichem Ausgange im Wochenbett.** (Gyn. Rundschau, I, pag. 150.)
7. Garkisch: **Tuberkulose der Portio vaginalis.** (Prager med. Wochenschr., 1907, Nr. 17.)
8. Grimsdale: **Tuberkulose des Uterus und der Tuben als Ursache von Amenorrhoe.** (Sitzungsbericht d. geburtsh.-gynaekol. Gesellsch. von Nordengland, 19. April 1907.)
9. Grünbaum: **Adenomyoma corporis uteri mit Tuberkulose.** (Arch. f. Gyn., LXXXI.)
10. Hohlfeld: **Tuberkulose der inneren weiblichen Genitalien im Kindesalter.** (Sitzungsbericht d. Gesellsch. f. Geburtsh. u. Gyn. zu Leipzig, Februar 1907.)
11. Josselin de Jong (Haag): **Fall von Karzinom und Tuberculosis uteri.** (Nederld. Tijdschr. voor Verlosk. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, pag. 256.)
12. Jung und Bennecke: **Experimentelle Untersuchungen über die Infektionswege bei der weiblichen Genitaltuberkulose.** (Arch. f. Gyn., LXXX.)
13. Kroemer: **Über einige seltenere Formen der Genitaltuberkulose.** (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., XXVI.)
14. Lea: **Three cases of chronic Tuberculosis of the Fallopian tube.** (The Journ. of Obstetr. and Gyn. of the Brit. Emp., 1907, 1.)
15. Logothetopulos: **Über Tuberkulose der Vulva.** (Arch. f. Gyn., LXXIX).
16. Lucy: **Tuberculosis of the female pelv. organs.** (The Journ. of Obstetr. and Gyn. of the Brit. Emp., 1907, 1.)
17. Maly: **Zur Kasuistik der papillären Zervixtuberkulose.** (Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., XXVI.)
18. A. Martin: **Zur Genitaltuberkulose.** (Berliner klin. Wochenschr., 1908, Nr. 3.)
19. Oberndorfer: **Pathogenese und pathologische Anatomie der Genitaltuberkulose.** (Wiener klin. Rundschau, 1906, Nr. 39 u. 40.)
20. Pankow: Verhandl. d. deutschen Gesellsch. f. Gyn., XII.
21. Popow: **Primäre Tuberkulose der Gebärmutter.** (Russki Wratsch. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 45, pag. 1023.)
22. Scipiades: **Tuben und Peritonealtuberkulose bei einer Gebärenden.** (Zentralbl. f. Gyn., 1907, pag. 1418.)
23. Violet et Cotte: **Tuberkulose des Leistenkanals im Gefolge einer Adnextuberkulose.** (Lyon méd., 21. April 1907. Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, pag. 1024.)
24. Wiener: Münchener gyn. Gesellsch., 25. Januar 1907.)
25. Young: **Primary Tuberculosis of the cervix uteri.** (The Journ. of Obstetr. and Gyn. of the Brit. Emp., 1907, 1.)

Mit geringen Ausnahmen bieten die vorliegenden Arbeiten des abgelaufenen Jahres kasuistische Beiträge zum Kapitel der weiblichen Genitaltuberkulose. Aus der großen Zahl der Arbeiten ist ersichtlich, daß noch manche Punkte in der Frage der Genitaltuberkulose der Klärung bedürfen. In der Tat bewegt sich auch die Diskussion in ganz bestimmten Bahnen. Sie betrifft zunächst die Ätiologie, in zweiter Linie die Therapie und wendet sich in allerletzter Zeit im Hinblick auf die Erkenntnis der diagnostischen Bedeutung der Tuberkulinanwendung bei tuberkulösen Erkrankungen anderer Organe, speziell der Lungen, auch der Diagnose zu. Es ist dies um so begreiflicher, als die Symptomatologie der weiblichen Genitaltuberkulose nur unverläßliche Anhaltspunkte für die Diagnose gibt.

Die von Hegar aufgestellten zwei Typen der deszendierenden und aszendierenden Genitaltuberkulose, wobei erstere gewöhnlich den Charakter einer sekundären, letztere den einer primären Erkrankung trägt, scheinen besonders seit dem Kongreß in Rom, wo das Thema der weiblichen Genitaltuberkulose zur Diskussion stand, gewaltig in Zweifel gezogen zu werden. Selbst diejenigen, welche die Berechtigung beider Typen anerkennen, betonen die Seltenheit der primären und aszendierenden Tuberkulose, während eine beträchtliche Zahl von Gynaekologen das Bestehen dieses zweiten Typus rundweg leugnet.

Die experimentellen Untersuchungen von Jung und Bennecke (12) zeigen, daß eine aszendierende Genitaltuberkulose beim Kaninchen sich erzeugen läßt, indem unter 82 Kaninchen, die nach verschiedenen Modi mit Tuberkelbazillen geimpft wurden, bei 12 Tieren aufsteigende Tuberkulose konstatiert wurde. Diesem Faktum fügt jedoch Baumgarten (2) hinzu, daß eine aszendierende Ausbreitung des tuberkulösen Prozesses innerhalb des Genitaltraktus nur bei nachweisbarer Hemmung des Sekretabflusses stattfinde, andernfalls der Prozeß sich ausschließlich in deszendierender Richtung ausbreite. Theoretisch ist diese letztere Ansicht sehr plausibel, doch bezieht sie sich wohl hauptsächlich auf die Erkrankung von Tube und Uterus; denn die unteren Abschnitte des Genitales bis zur Portio und speziell die Portio sind vom Sekretstrom weit unabhängiger und können daher leicht der Sitz einer primären Affektion werden. Es muß zugegeben werden, daß in viva oft die strikte Behauptung einer primären Erkrankung gegenüber dem Einwand eines versteckten, nicht nachweisbaren tuberkulösen Herdes nicht aufrecht erhalten werden kann, doch geht man andrerseits zu weit, die Möglichkeit einer primären Erkrankung überhaupt zu leugnen oder bei Vorhandensein eines alten, ausgeheilten Herdes immer gleich von sekundärer Erkrankung zu sprechen. Zu beachten ist zweifellos auch die Ansicht Schottländers, daß bei bestehender tuberkulöser Erkrankung eines Organes durch Sekretübertragung (zum Beispiel Sputum) eine aszendierende Genitaltuberkulose entstehen könne. Dieser Infektionsmodus ist oft naheliegender als die Annahme einer sekundären Infektion auf dem Lymph- oder Blutwege, die ja sicherlich sehr häufig ist.

Im Falle von Logothetopulos (15), der die Entstehung eines mandelgroßen, geschwürigen, tuberkulösen Tumors an der Urethralmündung bei einer 75jährigen Frau, die einen alten, haselnußgroßen Herd an der rechten Lungenspitze mit Verkalkung der Hilusdrüsen hatte, offenbar unter dem Einflusse der Schule Amanns auf sekundäre, hämatogene Infektion zurückführt, wäre eine Sputuminfektion viel wahrscheinlicher.

Eine Infektion durch den Finger oder durch Koitus nimmt Kroemer (13) in einem von ihm demonstrierten Falle einer 55jährigen Frau an, die am linken kleinen Labium ein markstückgroßes Geschwür mit gelbrotem, unregelmäßigen Grund und

harten, indurierten, stellenweise leicht unterminierten Rändern hatte. In dem ersten von ihm demonstrierten Falle einer 29jährigen Frau mit unregelmäßigen profusen Blutungen und Blutungen post coitum, als deren Ursache ein tiefes, tuberkulöses Geschwür an der vorderen Muttermundslippe sich fand, sieht sich Kroemer veranlaßt, trotz normalen Lungen-, Herz- und Nierenbefundes, bei Vorhandensein eines Lupusherdes an der linken Gesäßbacke von einer sekundären Infektion zu sprechen, die entweder von dem Lupusherd oder von irgend einem versteckten (!) Herde ausging. Die übrigen demonstrierten Fälle Kroemers sind mit größter Wahrscheinlichkeit als sekundäre Erkrankungen aufzufassen.

Der Fall von Gallatia (6), der eine am 17. Tage des Wochenbettes verstorbene I-para betrifft, stellt sich nach dem Sektionsbefund als lokale Tuberkulose des Uterus, der Adnexe und des Peritoneums dar, ohne daß festgestellt werden könnte, ob der Prozeß sich aufsteigend oder absteigend entwickelt hat.

Einen ähnlichen Fall demonstrierte Scipiades (22). Hier geht eine XIII-para nach einem sechsmonatlichen Abortus zugrunde. Die Sektion zeigt eine lokale Tuberkulose der Tuben und des Peritoneum. Scipiades ist der Ansicht, daß die Tube primär erkrankt sei, weil an dieser der tuberkulöse Prozeß weiter vorgeschritten (Verkäsung) als an dem mit unverkästen Knötchen besetzten Peritoneum.

Ferner hat Young (25) einen Fall von Zervixtuberkulose veröffentlicht, den er als primäre Erkrankung anspricht, doch ist weder nach der Publikation, noch nach dem Bericht der in der Gynaekologischen Gesellschaft in London abgehaltenen Demonstration ein sicherer Schluß auf die Ätiologie zu machen.

Der Fall von Maly (17) — 21jährige Virgo mit blutig tingiertem Fluor und unregelmäßigen Menses, bei welcher ein kleinapfelgroßer, weicher, pilzförmiger, kleinlappiger, leicht blutender Tumor an der Portio sich fand — qualifiziert sich nach der Ansicht des Autors mit Rücksicht auf die geringe Beteiligung des Peritoneum und die erbliche Belastung, trotzdem die Untersuchung der inneren Organe normalen Befund ergab, als sekundäre Erkrankung, eine Ansicht, die vom Referenten nicht geteilt werden kann.

Einen Fall von isolierter Tuberkulose des Endometrium hat Ferguson (5) in der Geburtshilflichen Gesellschaft zu Edinburgh gezeigt. Mangels eines genauen Berichtes ist eine Kritik dieses Falles unmöglich.

Popow (21) sah bei einer 39 Jahre alten Multipara eine Tuberkulose der Cervix und des Corpus uteri. Er hält die Erkrankung für eine lokale. Auch hier ist diese Annahme nicht kontrollierbar. Die Schlußsätze des Autors enthalten nichts Neues.

Erwähnt sei endlich der interessante Fall von Josselin de Jong (11), der bei einer 64jährigen Patientin, die wegen Blutungen kurettiert wurde, Zervixkarzinom und Tuberkulose des Endometrium fand.

Eine besondere Disposition zu Erkrankungen des Genitales an Tuberkulose scheint die Hypoplasie desselben abzugeben, eine Tatsache, die schon früher mehrfach hervorgehoben wurde. Dafür sprechen wiederum die Fälle von Garkisch (7), Grimsdale (8) und Wiener (24).

Im Falle von Garkisch handelt es sich um eine 28jährige, verheiratete Nullipara, die seit dem 15. Lebensjahre an Fluor litt und in den letzten Monaten Kreuzschmerzen und Blutungen post coitum hatte. Das Genitale zeigte infantilen Charakter — Zervix 4 *cm*, Korpus 2 *cm* lang —, aus dem Muttermund ragte ein hanfkorngroßes, polypöses Gebilde, das, für eine maligne Neubildung angesprochen, nach mikroskopischer Untersuchung sich als Tuberkulose erwies. Dieselbe erstreckte sich hoch in die

Zervix hinauf. „Trotz Fehlens jeglicher Symptome von Tuberkulose in anderen Organen, trotzdem keine erbliche Belastung sowohl mütterlicher- wie väterlicherseits vorliegt und der Mann der Patientin gesund ist", „traut" Garkisch sich nicht, den Fall als primäre Genitaltuberkulose zu bezeichnen.

Grimsdale berichtet über eine 29jährige Patientin, die nie menstruiert war. Der Uterus war klein, hypoplastisch, mit käsigem Eiter erfüllt, die Tuben beiderseits in Tumoren umgewandelt, die käsigen Eiter enthielten.

Einen ähnlichen Fall demonstrierte Wiener in der Münchener Gynaekologischen Gesellschaft. Er betrifft eine 22jährige Frau, die nie menstruiert war und seit zweieinhalb Jahren an heftigen Molimina litt. Auch hier fanden sich neben einem hypoplastischen Uterus beiderseits Tumoren, rechts eine Tubentuberkulose, links eine Erkrankung des Ovars. Nach Resektion der rechten Tube und Entfernung des linken Ovars traten bemerkenswerterweise regelmäßige, schmerzlose Menses ein. Der Ansicht Wieners, daß die Tubentuberkulose und die Amenorrhöe in der Weise in Zusammenhang zu bringen sind, daß durch die vermutlich schon in der Pubertät entstandene Tuberkulose der Tube die Entwicklung des Uterus aufgehalten wurde, tritt, wie es scheint, mit Recht in der Diskussion Amann entgegen, indem er glaubt, daß die Genitalhypoplasie das Primäre sei und daß diese der Lokalisation der Tuberkulose einen günstigen Boden geschaffen habe.

Fälle von sekundärer Genitaltuberkulose haben Violet und Cotte (23), Lea (14), Lucy (16) und, wie oben schon erwähnt, Kroemer (13) beschrieben.

Es handelt sich in diesen Fällen meist um Tubentuberkulose, gewöhnlich in Verbindung mit Tuberkulose des Peritoneum mit oder ohne Beteiligung des Uterus. Ein besonderes Interesse beanspruchen diese Fälle an sich nicht und sind höchstens vom Standpunkte der Symptomatologie oder Therapie der Erwähnung wert.

Die zwei Fälle von Tuberkulose der weiblichen Genitalien im Kindesalter, über die Hohlfeld (10) berichtet, betreffen ein dreijähriges und ein 1 Jahr 7 Monate altes Kind.

Im ersten Falle waren neben dem Genitale Bauchfell und Darm betroffen, im zweiten Falle war überdies noch eine Tuberkulose der Mittelhand und Finger, der Drüsen an der Bifurkation der Trachea, eine Miliartuberkulose der Milz, Leber, des Bauchfells vorhanden. Hohlfeld glaubt, daß im ersten Falle das Genitale vom Peritoneum infiziert worden war, während im zweiten Falle der Prozeß den umgekehrten Weg genommen haben soll.

Erwähnt seien ferner die Fälle von Grünbaum (9) und Archambault und Pearce (1), die in Adenomyomen lokalisierte Tuberkulose beschreiben, ein Vorkommnis, das nach den Erfahrungen der Referenten nicht gar zu selten zu sein scheint.

Eine zusammenfassende Darstellung unserer gegenwärtigen Kenntnisse der Tuberkulose der weiblichen Geschlechtsorgane geben Oberndorfer (19) und A. Martin (18): ersterer vom pathologisch-anatomischen, letzterer mehr vom klinischen Standpunkte. Oberndorfer betont, um nur einiges hervorzuheben, die Möglichkeit des Überganges von Tuberkelbazillen von der Mutter auf die Frucht durch die Plazenta, zieht dagegen die Übertragung der Tuberkulose durch das Sperma eines tuberkulösen Mannes in Zweifel. In bezug auf die primäre Genitaltuberkulose anerkennt er als solche nur die Fälle von Friedländer (Vaginaltuberkulose) und von Glockner (Vaginal-, Portio-, Zervixtuberkulose) als einwandfrei. A. Martin gibt nach den Untersuchungen von Jung die Möglichkeit des Vorkommens einer primären Tuberkulose zu. Neben der

Entstehung einer sekundären Tuberkulose per continuitatem hält Oberndorfer die Propagation auf dem Blutwege für den häufigsten Infektionsmodus, während die Lymphbahnen seltener in Betracht kämen. Auch schließt er sich der Hegarschen Hypothese an, daß Bildungsfehler eine Disposition zu tuberkulösen Erkrankungen abgeben.

A. Martin hebt die relative Häufigkeit der Genitaltuberkulose, die vielfach schon anerkannt wurde, hervor. In seinem Material waren 24·6% der „nachhaltig erkrankten Adnexorgane" auf Tuberkulose zu beziehen. Er beschreibt ausführlich die Symptomatologie und erwähnt die Schwierigkeiten der klinischen Diagnose. Diese allgemein bekannte Tatsache findet fast in allen vorerwähnten Publikationen ihren Ausdruck. Selbst bei den der Inspektion zugänglichen Partien des Genitales wird meist erst durch mikroskopische Untersuchung exzidierter Stücke die Diagnose festgestellt, da Verwechslungen mit malignen Tumoren oder sonstigen Erkrankungen leicht möglich sind. Bei Erkrankung der Adnexe sind Fehldiagnosen ganz gewöhnlich.

Es ist daher sehr naheliegend gewesen, sich der in der Diagnose der Tuberkulose anderer Organe mit einigem Erfolge verwendeten Tuberkulinpräparate zu bedienen. Nach A. Martin sind die Resultate hier unverläßlich. Dagegen hat Birnbaum (4) über Erfahrungen an 80 Fällen der Göttinger Frauenklinik aus den letzten 4 Jahren berichtet und erklärt, daß in keinem Falle eine ausgesprochen positive oder negative Reaktion getäuscht habe. Bei geringer Reaktion sei das Resultat zweifelhaft. Demgegenüber stehen die Erfahrungen Pankows (20). Derselbe hat bei 22 diagnostischen Tuberkulininjektionen, die an der Freiburger Frauenklinik nach den Angaben Birnbaums gemacht wurden, in 6 Fällen Fehlresultate erhalten. In 16 Fällen stimmten Reaktion und nachträgliche histologische Untersuchung überein. Er meint also, daß man an die diagnostische Bedeutung der Tuberkulininjektionen betreffs des Genitales nicht zu hohe Erwartungen knüpfen dürfe. Welche Methode der Tuberkulinanwendung — Ophthalmoreaktion, Injektion, Impfung — vorteilhafter sei, steht noch in Frage.

Bemerkenswert sind die Resultate, die Birnbaum mit der Injektion Kochscher Tuberkulinpräparate in therapeutischer Hinsicht erzielt hat. Von 7 Fällen von tuberkulöser Peritonitis mit Aszites wurden 3 geheilt, 2 sind wahrscheinlich geheilt, doch nicht lange genug beobachtet, 1 Fall rezidivierte, 1 Fall wurde von der Peritonealtuberkulose geheilt, bekam aber danach Knochentuberkulose. 7 Fälle von tuberkulöser Peritonitis sicca ergaben 5 Heilungen. Von tuberkulösen Adnexerkrankungen wurden 3 geheilt, 1 Fall war in Ausheilung begriffen, 1 Fall rezidivierte nach 1 Jahre. Birnbaum hebt hervor, daß bei allen mit Tuberkulin behandelten Patientinnen Gewichtszunahme und Hebung des Allgemeinbefindens konstatiert wurde, und legt mit Recht großen Wert auf eine Allgemeinbehandlung.

Das gleiche sagt auch Baisch (3), der eine ausführliche Statistik der Dauerresultate bei der Behandlung der Peritoneal- und Genitaltuberkulose in den letzten zehn Jahren in der Tübinger Klinik aufgestellt hat. Die Statistik erstreckt sich auf 110 Fälle. Ein Zehntel der Fälle wurde intern behandelt, die anderen chirurgisch. 41 Fälle = 37% sind primär oder in den nächsten Jahren gestorben. Nach 4 Jahren kam kein Todesfall an Tuberkulose vor, die meisten gingen schon nach 1 Jahre zugrunde. Die Operationsresultate stellen sich folgendermaßen: 36 Fälle von Peritonitis exsudativa mit 23 Heilungen, 11 Fälle von Peritonitis sicca mit 3 Heilungen, 23 Fälle von Salpingitis tuberculosa mit 18 Heilungen. Von letzteren mußten einige mehrmals operiert werden, weil eine anscheinend gesunde Tube nachträglich noch entfernt werden mußte, ebenso ergab sich einige Male die Notwendigkeit, exspektativ behandelte Fälle später doch noch zu operieren. Im großen und ganzen erscheinen die operativen Resultate

bei Peritonitis exsudativa und Salpingitis tuberculosa günstig, während sie bei Peritonitis adhaesiva sicca ungünstig genannt werden müssen.

Die meisten Autoren sprechen sich für eine operative Therapie aus, besonders wenn die Genitaltuberkulose nicht Teilerscheinung einer allgemeinen Tuberkulose ist. Differenzen ergeben sich eigentlich nur in bezug auf die Ausdehnung der Operation. Während die meisten selbst bei einseitiger Adnexerkrankung für die Totalexstirpation sind, spricht sich A. Martin für die Schonung der nicht ergriffenen und einer Ausheilung fähigen Organteile aus. So wäre auch bei Tuberkulose des Endometrium Curettage und nachträgliche Verschorfung mit Ferrum sesquichl. ausreichend. Lea macht geltend, daß bei Tubentuberkulose die Salpingektomie genüge, da das Ovarium gegen Tuberkulose widerstandsfähig und der Uterus nie infiziert sei, wenn es sich nicht gerade um eine aufsteigende Tuberkulose handle. Der gegenteiligen Erfahrung von Baisch wurde oben Erwähnung getan, so daß wohl auch hier wie überall strenges Individualisieren am Platze sein dürfte. Immerhin scheinen die Verhältnisse so zu liegen, daß in den Fällen, in denen eine energische Allgemeinbehandlung möglich ist, auch ein konservativerer operativer Eingriff von dauerndem Erfolge begleitet sein kann.

Aus fremdsprachiger Literatur.

Aus der Schweizer Literatur.

Bericht von Dr. **Hans Sutter** in St. Gallen.

J. Biland (Bern), Über die subchorialen Zysten der menschlichen Plazenta. (Zieglers Beitrag zur pathologischen Anatomie, Bd. 40.)

Untersuchung von sechs Plazenten mit Zysten. Diese entwickeln sich aus Erweichungsherden in der Zellschicht des Chorion frondosum. Der Inhalt ist zunächst mucinhaltige, verflüssigte Zellschicht selbst, später das durch Stauung transsudierte Blutplasma, wofür speziell die Placenta marginata (Verschluß der Randvene) geeignete Verhältnisse bietet, wie auch Thrombose der Uterin- oder Beckenvenen, Herzfehler und Emphysem.

L. Aubert (Genf), Die momentane Erweiterung des Beckens durch die Hebotomie. (Revue médicale de la suisse romande, I, 1906.)

Beschreibung der Unterschiede zwischen der Symphysiotomie und Hebosteotomie. Bei letzterer werden die drei Arten nach Gigli, van de Velde und Tandler an der Hand von Abbildungen erklärt. Genaue Beschreibung der Döderleinschen Methode. Sodann führt Aubert seine Resultate betreffs Beckenerweiterung an; bei platten Becken gleichmäßige Vergrößerung der schrägen Durchmesser; bei allgemein und quer verengten Becken vergrößert sich der schräge Durchmesser der gegenüberliegenden Seite mehr, als der der operierten Seite; es soll diejenige Seite durchsägt werden, wo der biparietale Durchmesser passieren muß; nach der Operation bleibt das Becken dauernd asymmetrisch.

N. Guerdjikoff (Genf), Varixruptur der Vulva während Schwangerschaft und Geburt; tödliche Hämorrhagie. (Revue méd., Nr. 4, 1906.)

Hat 3 Fälle, wovon zwei tödlich verlaufende, beobachtet. Ruptur erfolgt in den letzten 3 Monaten infolge von Unfall, Koitus, Überanstrengung, unter der Geburt

durch zu starke und unregelmäßige Wehen und zu rasche Austreibung. Guerdjikoff empfiehlt bei solchen heftigen Blutungen Tamponade mit Kompression. (Ich bin in einem Falle mit Massenumstechung an der Zervix und Vulva der Blutung Meister geworden. Ref.)

H. Erni, Über Ursachen und Behandlung der akuten diffusen Peritonitis. (Inaug.-Dissert., Zürich 1906.)

Unter 55 Fällen der Züricher medizinischen Klinik betreffen 15 den weiblichen Genitalapparat, 2 Fälle davon das Puerperium, 13 Fälle gynaekologische Erkrankungen und Operationen.

Beschreibung der Symptome. Eine schwere Peritonitis ist medikamentös symptomatisch zu behandeln. Eis gegen die Schmerzen oder auch warme Umschläge. Opium wird in großen Dosen gut vertragen. Gegen Erbrechen gibt man mit Vorteil Eisstückchen, seltener Kokain. Ein Darmrohr oder Punktion des aufgetriebenen Darmes verhindert den Meteorismus. Daneben Kampferöl, Äther, Champagner: Kochsalzlösungen subkutan von Erfolg. (Rektal leichter anzuwenden. Ref.) Chirurgische Behandlung bei Perforation besonders frühzeitig erfolgreich. Von den 15 gynaekologischen Fällen starben 5, wovon ein puerperaler; die 10 anderen wurden geheilt.

G. Herzer, Beitrag zur Klinik der Puerperalpsychose. (Inaug.-Dissert. Basel und Allgemeine Zeitschr. f. Psychiatrie etc. 63, 2.)

Unter 600 Geburten wird eine Psychose beobachtet. Herzer faßt diese unter der Bezeichnung Generationspsychosen zusammen: Graviditäts-, Puerperal- und Laktationspsychosen. Dabei hat er von der transitorischen Geistesstörung und von den Infektionsdelirien abgesehen. In 25 Jahren fand Herzer unter 1896 Fällen der psychiatrischen Klinik in Basel 221 Generationspsychosen = 11·7%, worunter weitaus am meisten Dementia praecox = 107 Fälle, Ausbruch der Krankheit in der Gravidität 46 = 21·2% der Fälle; im Puerperium in 102 = 47% der Fälle, in der Laktationszeit in 69 = 31·8% der Fälle. Herzer erwähnt sodann die Verhältnisse bei der Dementia praecox speziell. Bei den in der Gravidität entstandenen Fällen (19) waren 9 in Verblödung, 10 in Heilung oder Besserung ausgegangen. Spätere Rezidive führten meist zur Verblödung. Der Einfluß der Geburt war selten vorübergehend günstig, meist ungünstig auf die Psychose. Bei den im Puerperium entstandenen Fällen (45) war der Ausgang 28mal in Besserung, 17mal ungünstig, und zwar zeigte sich eine Differenz zwischen Jüngeren und Älteren, Erst- und Zweitgebärenden und Mehrgebärenden. Die Zahl der Heilungen bei älteren Patientinnen ist größer als bei jüngeren. Bis zu 25 Jahren ist die Prognose für Erstgebärende günstig, später ungünstiger. Im ganzen überwiegen die Heilungen bei den Mehrgebärenden. In 11 Fällen waren schwere Geburten, starker Blutverlust und Abmagerung, in 7 Fällen Puerperalfieber, Mastitis, Influenza, in 5 Fällen psychische Traumen als ätiologische Momente angegeben. Andere Fälle zeigten sich als manisch-depressives Irresein (32), Hysterie (18!), akute Verwirrtheit (15) etc., die Herzer noch alle eingehend bespricht.

Israelowitz, Behandlung der Beckenendlagen im Frauenspital Basel. (Inaug.-Dissert. 1906.)

Von 1896—1906 wurden bei 10.842 Geburten 378 Fälle von Beckenendlagen = 34‰ beobachtet. Dabei waren 243 Steiß-, 118 Fuß-, 4 Knie- und 3 nicht speziell genannte Beckenendlagen. Ausgeschlossen wurden von der Betrachtung 80 Fälle von frühzeitig totgeborenen, mazerierten oder nur kurze Zeit lang lebenden, frühzeitig geborenen Früchten. Zwillingsgeburten waren in 72 Fällen vorhanden; 1mal Drillinge. In 33 Fällen

verlief die Geburt spontan. Eine Patientin mit Kind starb an Eklampsie; 4 Erst-29 Mehrgebärende, 5mal Dammrisse, nur 2 Kinder leicht asphyktisch; viermal leichteres Fieber. Bei Steißlagen soll nur bei Nabelschnurvorfall, Eklampsie und allgemein verengtem Becken ein Fuß heruntergeholt werden und nur bei völlig offenem Muttermund. 47mal mußte die Extraktion gemacht werden, wobei 7 Kinder starben, 17 Dammrisse und 2 Oberschenkelfrakturen entstanden. 119mal wurde der Steiß spontan geboren, wobei auch 7 Kinder starben und 30 Dammrisse entstanden. Bei 26 Fußlagen wurde die Extraktion gemacht mit 7 toten Kindern, 1 Oberschenkelfraktur, 7 Damm- und 1 Klitorisriß. Bei 60 spontan bis zur Schulter geborenen Fußlagen waren 5 Kinder tot und 7 Dammrisse entstanden. In letzterer Zeit wird die Armlösung durch die Lösung des Schultergürtels nach Müller mit Zufriedenheit ersetzt. Die Todesfälle der Mütter sind: 2 an Tuberkulose, 3 an Eklampsie, 1 an Peritonitis bei Ruptur, 2 an Lungenembolie. Von 288 Kindern starben 28 unter der Geburt oder gleich darauf. Dammrisse wurden bei I-par. in 45·4%, bei Multipar. in 12·7% beobachtet.

G. Hotz, Phosphorsäure- und Kalkstoffwechsel bei Osteomalazie unter dem Einfluß der Phosphortherapie. (Inaug.-Dissert., Basel 1906.)

Hotz weist darauf hin, daß in Basel Osteomalazie relativ häufig ist. An der Hand von 2 Fällen, die unter Phosphorbehandlung stehen, aber verschieden verlaufen, wird der Kalk- und Phosphorstoffwechsel genau untersucht und festgestellt, daß der Kalkstoffwechsel durch Phosphortherapie günstig beinflußt wird, so lange aber nur, als Phosphor genommen wird. Hotz führt sodann die bisherigen Stoffwechseluntersuchungen an Osteomalazischen an. Von den therapeutischen Maßnahmen stehen jetzt zwei obenan, die Kastration nach Fehling und die langdauernde Phosphorbehandlung. (Neuerdings Bossis Adrenalinbehandlung. Ref.) Ovarial- und Thyreoidtabletten sind ohne Einwirkung auf den Kalkstoffwechsel.

R. Motschmann (Zürich), Kasuistische Beiträge zur Kenntnis der Osteomalazie unter besonderer Berücksichtigung der Deformitäten der Wirbelsäule und des Sternums. (Arch. f. Orthopädie, Mechanotherapie u. Unfallhk., Bd. IV, Heft 3.)

Motschmann führt vier reine Fälle von Osteomalazie an, die zum Teil nach 6 oder 5 Jahren zum letalen Ausgang führten. Therapeutisch wurde Kalk und Phosphor gegeben.

R. Oeri (Basel), Über Epithelmetaplasie am Uterus, besonders an Polypen. (Zeitschrift f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. LVII.)

1. Adenokarzinom des Uterus bei 53jähriger Frau mit Plattenepithelinseln.

2. Rezidiv desselben Tumors in der Bauchnarbe nach 5 Jahren. Vier Epithelstränge sind unterbrochen von Inseln, plattenepithelähnlichen, polygonalen Zellen, mit Übergängen in Zylinderzellen, am Rande dichter und schmäler werdend, keine Zwiebelbildung, keine Verhornung, Riff- und Stachelzellenbildung.

3. Uteruspolyp einer 40jährigen Patientin. Zeigt Zervikaldrüsen mit hohem Zylinderepithel. Am Stiel einschichtiges Zylinderepithel, distalwärts aber vollständig von Plattenepithel bedeckt, woselbst sich folgende Schichten finden: *a)* Basalschicht von zylindrischen Zellen; *b)* mehrschichtige polygonale Zellen; *c)* plattere Zellen mit Keratohyalinkörnern; *d)* oberflächliche Schicht mit undeutlichen Zellgrenzen und deutlicher Perlenbildung. Verschiedene gut begründete Faktoren lassen die Diagnose Karzinom ausschließen.

4. Ein kleinerer Polyp mit ähnlichen Verhältnissen, wobei auch das Drüsenepithel epidermidalisiert ist. Oeri hält auch diese Prozesse nicht für bösartig.

C. Pradella, Die Frage der künstlichen Unterbrechung der Schwangerschaft wegen Lungentuberkulose. (Inaug.-Dissert., Zürich 1906.)

Zunächst ausführliche Statistik der beschriebenen Fälle, worauf 19 Krankengeschichten der Züricher Klinik folgen. 17mal verschlimmerte sich das Lungenleiden, 2mal war die Gravidität ohne Einfluß, einmal wurde künstliche Frühgeburt, 18mal Abortus eingeleitet (im 2.—7. Monat). In 80% erfolgte Besserung der Frauen, in 10% blieb der Zustand der gleiche, in 10% verschlimmerte sich das Lungenleiden. Es starben nach der künstlichen Entbindung 6 Frauen, eine an Peritonitis. Therapeutisch ist die Wahl des Zeitpunktes die Hauptschwierigkeit. Vorerst sollte der Lungenbefund zu bessern gesucht werden, wenn dies unmöglich, die Gravidität unterbrochen werden. Es muß von Fall zu Fall entschieden werden, was gemacht werden soll, jedenfalls aber dann die schonendste Art der Unterbrechung. Schriftliche Sicherung gegenüber dem Gesetz.

Widmer (Zürich), Über Carcinoma corporis uteri. (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1907, 9.)

Widmer bespricht an Hand von vier Korpuskarzinomen, die zur Hälfte abdominal, zur Hälfte vaginal operiert wurden, die Diagnose des Korpuskarzinoms und führt besonders an, daß wir imstande sind, dieselbe früh genug zu stellen, um einen Erfolg der Operation erwarten zu können. Ob dieselbe abdominal oder vaginal vorgenommen wird, bleibt sich gleichgültig, denn es handelt sich nur darum, frühzeitig operieren zu können, weshalb speziell die behandelnden Ärzte über die Frühsymptome, suspekte Blutungen, Probeauskratzung, instruiert werden sollen.

Arnd (Bern), Über die Witzelsche Äthertropfnarkose. (Korrespondenzbl. f. Schweizer Ärzte, 1907, 12.)

Arnd empfiehlt diese Narkose nach 2½jähriger Anwendung aufs beste.

Senarcleus, Ein Fall von Ruptur der Umbilikalvene. (Revue méd. de la suisse romande, 1907, Nr. 5.)

Beschreibung einer Steißgeburt mit vorgefallener Nabelschnur, wobei sich in derselben eine variköse Ausdehnung der Vene zeigt, die unter den Geburtswehen plötzlich platzt und aus einem 5—6 *cm* langen Riß stark blutet.

V. Rosen, Einfluß der Röntgenstrahlen auf die Ovarien der Frau. (Inaug.-Dissert., Lausanne.)

Ausgehend von den Resultaten, welche durch Röntgenbestrahlung an Tieren bereits bis heute erzielt wurden, unternimmt es V. Rosen, nachdem sie die meistens zur Sterilität führende Bestrahlung der Hoden erwähnt, an Hand eines Falles von Osteomalazie, auch die Veränderung der Ovarien der Frau zu untersuchen. Das rechte Ovarium einer an Osteomalazie erkrankten Frau wurde ca. 7 Wochen nach deren Entbindung in 10 Sitzungen bestrahlt. Nachher Kastration. Die vergleichende Untersuchung des rechten und linken Ovariums ergibt keine Differenz. Der Fall geht von sehr unsicherer Basis aus; denn auch vorausgesetzt, daß es möglich wäre, ein Ovarium allein zu bestrahlen, ließen schon die Krankheit, wie auch die nicht lange vorher abgelaufene Gravidität infolge ihrer Ovarialveränderungen unsichere Schlüsse erwarten.

W. Schmid, Über das makroskopische und mikroskopische Verhalten des Mesometriums bei pathologischen Zuständen des Uterus, insbesondere beim Karzinom. (Inaug.-Dissert., Genf 1807.)

Die Untersuchungen des Mesometriums eines chronisch entzündlichen Uterus zeigen Abnahme der Muskulatur, Zunahme der elastischen Fasern und Abnahme der Gefäße Ein weiterer chronisch metritischer Uterus zeigt nur Hypertrophie durch Stauung.

Bei myomatösem Uterus zeigt sich nur Hyperplasie des Bindegewebes und lamelläre Anordnung der hypertrophischen Muskelfasern. Bei karzinomatösen Uteri waren die Resultate verschieden: in 2 Fällen von Portiokarzinom bei relativ jungen Frauen und in 2 Fällen von Zervixkarzinom bei relativ alten Frauen waren die elastischen Elemente sehr reichlich ausgebildet; bei 2 anderen Zervixkarzinomen (46 Jahre) und bei einem Korpuskarzinom (50 Jahre) dagegen sehr dürftig. (Es fehlen hier Untersuchungen gleichalteriger, normaler Uteri.) Die genau angegebenen Messungen von Kerngrößen und Gefäßwänden sowie die Kernzählungen sind im Original nachzulesen.

M. Perl, Über die „Occipito-Sakrallage (hoher Geradstand)" im Beckeneingang. (Inaug.-Dissert., Genf 1907.)

Mitteilung einer Beobachtung dieser seltenen Einstellung. 26jährige I-para wird beim Blasensprung untersucht und zeigt hohen Geradstand. Abgang von Mekonium und Sinken der Herztöne lassen die Zange anwenden. Große Fontanelle unter der Symphyse, Pfeilnaht genau anteroposterior. Nach Herabziehen des Hinterhauptes durch Achsenzugzange macht der Kopf noch spontane Drehung nach vorn. Ätiologie: enges Becken 29·5, 26·5, 22·0, 19·0, 11·0, 9·0, männliches Becken.

A. Bernstein, Pyelonephritis in der Schwangerschaft. (Inaug.-Dissert., Genf 1907.)

7 Fälle der Klinik und 2 Privatfälle werden zusammengestellt. Ätiologie ist immer aszendent (Zystitis), 2 Fälle zeigen Nierentuberkulose. Eine Unterbrechung der Gravidität war in keinem Falle notwendig.

J. Perrier, Beitrag zur Struktur und Pathogenie der Sakraltumoren. (Inaug.-Dissert., Genf 1907.)

Studie über drei Tumoren der Sakrococcygealgegend, davon waren 2 Teratome während der dritte maligner Natur ist, aber gleichwohl auch Ektodermgewebe aufweist.

S. Daskalitza, Einfluß der Nukleinsäure auf die Verteilung der Leukozyten im Herz- und Peripherieblut. (Inaug.-Dissert., Genf 1907.)

An Hand von Tierversuchen und von 13 gynaekologischen, operativen Fällen der Frauenklinik in Genf findet Daskalitza eine Vermehrung der Leukozyten durch Injektion von Nukleinsäure. Bei den Kaninchen erfolgt dieselbe gleichzeitig im Zentrum und in der Peripherie. Sie ist polynukleär. Diese Hyperleukozytose ist in erster Linie auf eine Regeneration in den blutbildenden Organen zurückzuführen. Zuerst entsteht eine Leukopenie, gleich darauf aber eine Hyperleukozytose. Diese ist besonders peripheriewärts deutlich. Nukleinsäure, am Abend vor einer Operation injiziert, produziert eine Hyperleukozytose, die auf den Widerstand gegen die Infektion günstig einwirkt.

E. Rosselet, Dilatation des graviden Uterus.

Erweiterung des Uterushalses durch den Dilatator von de Seigneux in 3 Fällen der gynaekologischen Privatpraxis. Es handelte sich um 1. eine Inertia uterina, mehrere Stunden nach Blasensprung, 2. unstillbares Erbrechen, 3. Hämoptyse. In allen Fällen leichte Beendigung der Geburt nach 3/4 Stunden. Im zweiten Falle Blutung aus altem (?) Zervixriß. Tabellarische Zusammenstellung der Anwendung des Bossischen Dilatators.

Vereinsberichte.

Bericht über den 13. Kongreß der italienischen geburtshilflichen und gynaekologischen Gesellschaft. (13.—16. Oktober 1907.) Nach Micheli. (Annali di Ostetricia e Ginecologia, 1907, Nr. 12.)

Bossi (Genua) liefert eine Arbeit über Placenta praevia, die ihn zu folgenden Ergebnissen führt: Die Frequenz der Placenta praevia nimmt zu. Der Grund liegt in einem aufmerksamen Beobachten und Diagnostizieren, gewiß aber auch an häufigerem Vorkommen der Fälle. Die Einteilung in totale und partielle verlangt in prognostischer und therapeutischer Hinsicht eine genaue Trennung. Einen Grund für die Häufigkeitszunahme der Placenta praevia glaubt der Verfasser in dem sich immer mehr verbreitenden Malthusianismus zu finden. Die tägliche Beobachtung bestätigt auch die Hofmeiersche Ansicht, für die Ätiologie Zervizitis und Endometritis zu beschuldigen. Als einen Fortschritt in der Therapie müssen wir das genaue Individualisieren der einzelnen Fälle betrachten. So weit wie möglich soll man zuwarten und konservativ vorgehen. Die Tamponade ist in den meisten Fällen ein äußerst kostbares Mittel. Die Methode nach Braxton-Hicks, und zwar so, daß die äußere Wendung vorausgeht, ist, wo tunlich, der Methode der Berliner Schule vorzuziehen. In schweren Fällen, bei sehr starker Blutung und nicht dilatierter Zervix, zieht Bossi die Dilatation mit seinem Instrument allen übrigen Verfahren vor.

In der Diskussion bestreitet Mangiagalli die ätiologische Bedeutung des Malthusianismus mit der Begründung, daß in begüterten Kreisen, unter denen sicher der Malthusianismus mehr verbreitet ist als unter der ärmeren und Landbevölkerung, die Placenta praevia seltener vorkomme. In bezug auf die Therapie verwirft er das Zuwarten. Bei Blutungen in der Schwangerschaft, beruhend auf Placenta praevia, soll man die Schwangerschaft als beendet ansehen und aktiv, je nach der Eigentümlichkeit des Falles, die Geburt beendigen. Der künstliche Blasensprung sollte in Anbetracht seiner Einfachheit und seiner oft ausgezeichneten Resultate öfters beansprucht werden. Mangiagalli verteidigt auch den Kaiserschnitt.

Caruso weist auf die Beziehungen zwischen Hydrammnion und Placenta praevia hin. Er empfiehlt die korrekt ausgeführte Tamponade.

Resinelli zeigt an der Hand der Statistiken von Parma und Florenz, daß die meisten letal verlaufenden Fälle mit Herzfehlern behaftet waren.

Pestalozza empfiehlt den Gummiballon. Die Sectio caesarea sei sicher in einzelnen Fällen lebensrettend, welchen Standpunkt auch Raineri vertritt.

Clivio (Pavia): Klassifikation der Ovarialtumoren. Die Bestrebungen, die Ovarialtumoren einheitlich zu klassifizieren, scheiterten bis dahin an folgenden Schwierigkeiten: 1. an der ungenauen Kenntnis der Struktur des Ovariums mit den zum Teil entgegengesetzten Meinungen über wichtige anatomische Fragen, bei welcher Gelegenheit der Verfasser die neuen Gesichtspunkte über die Luteïnzellen auseinandersetzt. 2. An der Schwierigkeit der Histogenese einzelner Tumoren. Seine Beobachtungen in diesem Sinne erlauben ihm noch keine raschen Schlußfolgerungen.

In der Diskussion macht Pestalozza die Anregung, Versuche zur Aufklärung der Ätiologie in Angriff zu nehmen.

Delle Chiaje (Neapel): Untersuchung über freien Sauerstoff im Blute der Schwangeren. 1. Der Sauerstoff im Blute der Schwangeren nimmt zu, infolgedessen auch seine respiratorische Kapazität. 2. Diese vermehrte respiratorische Kapazität nimmt schon 24 Stunden nach der Geburt ab und behält dieselbe Größe auch außerhalb dem Wochenbett.

Saifami (Padua): Beitrag zur Kenntnis histologischer Veränderungen einiger Organe mit innerer Sekretion während der Schwangerschaft. Die Organe mit innerer Sekretion zeigen während der Schwangerschaft eine funktionelle Tätigkeit, welche in vereinzelten Fällen und in einzelnen Organen verschiedene Intensität aufweist. In der Hypophyse finden sich besonders reichliche chromophile Granula. Die Schilddrüse produziert mehr Kolloid neben einer deutlich ausgesprochenen Neu-

bildung der Drüsenzellen. Nicht immer findet sich die Zunahme der chromophilen Granula. In den Parathyroiden ist weder die chromophile Sekretion, noch die Sekretion der Kolloidalsubstanz vermehrt. Die Rinde der Nebennieren zeigt eine Vermehrung des Pigments und oft eine Zunahme des Fettes. Die angegebenen Veränderungen sind für die Schwangerschaft nicht spezifisch, sondern zeigen sich auch als Folge von Intoxikationen und als Folge von Infektionskrankheiten. Es wäre aber doch gewagt, Beziehungen zwischen den angegebenen Organen und der Genitalfunktion zu negieren.

Rinaldi (Rom): Über Ausscheidung des Schwefels und dessen Oxydation in Schwangerschaft und Wochenbett. Verminderte Ausscheidung des Schwefels am Ende der Schwangerschaft und im Wochenbett. Vermehrung der Oxydationsprozesse.

Vaccari (Turin): Statistisch-klinischer Beitrag zum Studium der mehrfachen Schwangerschaft. Zusammenstellung von 164 Fällen aus der Turiner Klinik, an welchen sich wiederum deutlich nachweisen läßt, welche große Bedeutung der maternen wie der paternen Heredität zukommt. Das Wesen der mehrfachen Schwangerschaft ist als atavistische Erscheinung aufzufassen.

Soli (Turin): Über hämolytische und antihämolytische Eigenschaften pathologischer Schwangerschaften. Die meisten Krankheiten des schwangeren Organismus oder des Eies sind nicht imstande, die biologische Zusammensetzung der Amnionflüssigkeit zu verändern, weil 1. das Amnion gesunder Schwangerer keine heterolytische, noch isolytische Fähigkeiten aufweise; 2. weil dieselbe weder aktive Komplemente noch Ambozeptoren zeige, welche sich mit Ambozeptoren und Komplementen des menschlichen Blutes binden können. Das Amnion enthält spezielle Antihämolysine und seine antihämolytische Funktion beruht zum größten Teil auf Ambozeptoren.

Gioelli (Genua): Beitrag zur Pathogenese der Intoxikationen in der Schwangerschaft. Der mütterliche Darm sei der Sitz der rapid verlaufenden Intoxikationen in der Schwangerschaft, wie der akuten gelben Leberatrophie und wahrscheinlich auch der Eklampsie. Die fraglichen Gifte gehen nicht vom Fötus auf die Mutter über. Die ätiologischen Faktoren dieser Krankheiten seien Mikroorganismen, welche wahrscheinlich mit der Nahrung aufgenommen werden und im Darm zu abnormen Zersetzungen und Gifteproduktionen führen, die einmal in den Kreislauf übergegangen, die bekannten Organschädigungen verursachen. Den gastro-intestinalen Störungen Schwangerer sei infolgedessen größere Aufmerksamkeit zu schenken. Der schlimme Ausgang einiger beobachteter Fälle von gelber Leberatrophie oder Icterus gravis, in denen die Schwangerschaft künstlich unterbrochen wurde, erweise die Nutzlosigkeit dieses Eingriffes. Entsprechend seiner Auffassung der Ätiologie dieser Affektionen soll die Ausscheidung der toxischen Substanzen im Darm unser therapeutisches Handeln leiten.

In der Diskussion legt Mirto großes Gewicht auf das Ei für die Entstehung der Schwangerschaftsintoxikationen. Pestalozza weist auf die Veränderungen der Plazenta hin, welche bei den meisten Intoxikationen nachzuweisen sind. Intestinale Intoxikationen können wohl genügen zur Erklärung der gelben Leberatrophie, wir seien aber nicht imstande, das Wesen der Eklampsie auf solche zurückzuführen.

Bossi (Genua): Nebennieren, Osteomalakie und Rachitis. Die Entfernung einer Nebenniere beim Schwein verursacht eine deutliche radiographisch nachweisbare Osteoporose der Beckenknochen. Alle die von ihm mit Nebennierenextrakt behandelten Fälle von Osteomalakie zeigten nicht nur eine klinisch nachweisbare Besserung, sondern bei der Radiographie des Beckens ein Wiederauftreten der Kalksalze. Der Nebenniere sei sicher eine große Bedeutung für die Kalkablagerung in den Knochen zuzuschreiben. Jugendliche Knochenkrankheiten seien sicher auch erfolgreich mit Nebennierenextrakt behandelt worden.

In der Diskussion berichtet Mangiagalli über Fälle von Osteomalakie, die erfolgreich nach Bossi behandelt wurden, und Ferroni über einen Fall mit bloß vorübergehendem Erfolg.

Bertino (Florenz) berichtet über zwei Fälle von gelber Leberatrophie bei Schwangeren und ist der Ansicht, daß auch einem leichten Ikterus in der Schwangerschaft große Aufmerksamkeit zu schenken sei.

Elia (Rom): Beitrag zum klinischen Wert der Azetonurie in Geburtshilfe und Gynaekologie, speziell in Beziehung zur Extrauteringravidität. Bei Extrauteringravidität ist meist Azetonurie vorhanden, weshalb dieser Befund als Symptom derselben einen großen Wert hat. Nach gynaekologischen Operationen ist die Azetonurie nachzuweisen als Folge der Resorption des Blutes durch das Peritoneum.

Cosentine (Neapel) berichtet über einige interessante Fälle von Extrauteringravidität.

Oliva (Genua) berichtet über einen operierten Fall von Extrauteringravidität im 7. Monat mit Versenkung der Plazenta.

Pazzi und Resinelli berichten über Chorionepitheliom.

Cappone (Turin) experimentierte mit Natriumformiat an Hündinnen und kommt zu folgenden Ergebnissen: 1. Die Giftigkeit der Formiate ist sehr gering. 2. Selbst ziemlich große Dosen von Natriumformiat zeigen keine abortive Wirkung. 3. Bei schwangeren Tieren führt es immerhin zu rhythmischen und peristaltischen Kontraktionen des Uterus. Seine vasodilatorische Wirkung auf den graviden Uterus ist ziemlich evident.

Biancardi (Mailand) bringt eine Zusammenstellung von 72 Mißbildungen. Zusammengestellt aus den letzten 20 Jahren der Guardia ostetrica in Mailand.

Grillo (Rom): Serotherapie der puerperalen Streptokokkenpyämien. Verfasser zeigt sich als großer Anhänger des Streptokokkenserums und empfiehlt seine allgemeine Anwendung bei puerperalen Infektionen.

Pestalozza (Rom): Über die Indikation der Pubiotomie mit folgenden Leitsätzen: 1. Die Pubiotomie ist nur dann am Platze, wenn man nach Ausführung derselben eine spontane Beendigung der Geburt erwarten kann. 2. Kann man nicht a priori mit absoluter Sicherheit eine künstliche Geburtsbeendigung ausschließen, soll man die Pubiotomie unterlassen, weil in solchen Fällen zu schwere Komplikationen zu erwarten sind. 3. Bei Erstgebärenden mit rigider enger Vagina soll man die Pubiotomie nicht ausführen. 4. Die Pubiotomie ist kontraindiziert bei Primiparen mit infiziertem Genitalschlauch. 5. Die Bummsche subkutane Methode zeigt vor der klassischen keine besondere Vorteile. 6. Die Pubiotomie soll nur von spezialistisch geschulten Ärzten ausgeführt werden.

Resinelli (Florenz) sieht in der subkutanen Pubiotomie keinen Vorteil gegenüber der Giglischen Methode und will die erstere höchstens bei geringerer Beckenverengerung und bei schwach entwickelten Weichteilen anwenden.

Welponer (Triest). Demonstration von drei pubiotomierten Becken.

In der Diskussion verteidigt bloß Ferroni die subkutane Methode gegen Gigli, Mangiagalli und Pestalozza, die der Ansicht Resinellis sind.

Gora (Rom): Über die sekretorische Funktion des Tubenepithels. An der Hand von histologischen Untersuchungen menschlicher Tuben glaubt Verfasser eine intensive aktive Sekretion der menschlichen Tuben nachgewiesen zu haben. Die gebräuchlichen Reagenzien gaben keinen Aufschluß über die Natur der Sekrete. Experimentell konnte Verfasser bei Kaninchen durch Ligatur der Tuben an zwei verschiedenen Punkten nach kurzer Zeit eine ziemlich reichliche Quantität sezernierter Flüssigkeit gewinnen. Über das gleiche Thema liegt eine Arbeit von Merletti (Ferrara) vor. Die sekretorische Tätigkeit der Tube findet sich bei geschlechtsreifen Frauen. Mit dem Eintritt der Menopause geht sie zurück und spiele infolgedessen bei der Befruchtung eine Rolle.

Rossi (Doria): Über das Auftreten der ersten Menstruation in Italien und dessen Beziehung zur Entwicklung des Beckens. An der Hand von 36.000 Fällen ergibt sich für das Auftreten der ersten Menstruation im Durchschnitt ein Alter von 14 Jahren und 3 Monaten. Frauen, die früher oder später menstruieren, zeigen viel häufiger Beckenanomalien als solche, bei denen die Menstruation zur richtigen Zeit auftritt. In Anbetracht der Abhängigkeit der Skelettbildung von der Ovarialfunktion sei der Hygiene der Präpubertäts- und Pubertätsperiode größte Aufmerksamkeit zu schenken.

D'Erchia (Bari): Endovenöse Sublimatinjektionen zur Behandlung der puerperalen Infektion und des Uterus. Warme Empfehlung der Sublimatinjektionen zur Behandlung der puerperalen Sepsis und Pyämie. Bei Uteruskrebs ergibt sich eine wesentliche Besserung im Zurückgehen des Ausflusses und der Blutungen und in Hebung des Allgemeinzustandes.

In der anschließenden Diskussion zeigt sich, daß der Optimismus des Referenten von niemandem geteilt wird. Die meisten finden in der Methode große Gefahren.

Mirto (Mailand): Der arterielle Blutdruck bei Myomkranken. Verfasser fand den Blutdruck bei seinen Myomkranken immer erhöht. Dieser Befund sei diagnostisch zu verwerten und sei auch dazu geeignet, uns über die häufigen kardiovaskulären Veränderungen Aufschluß zu geben. Dr. Jaeggy, Tunis.

Wissenschaftliche Gesellschaft deutscher Ärzte in Prag. Sitzung vom 29. Jänner 1908.

Prof. Kleinhans hat auf seiner Klinik das Frühaufstehen nach Laparotomien versucht. Üble Folgen, besonders Thrombosen oder Embolien, wurden nicht beobachtet. Als Vorbedingung sieht Kleinhans an: 1. primäre Vereinigung der Bauchwunde, 2. voraussichtlich aseptischer Verlauf, normale Temperatur, Fehlen von Meteorismus und Schmerz, 3. gutes Allgemeinbefinden. Das Frühaufstehen und Aufsetzen wurde den Patientinnen nicht anbefohlen, sondern stets nur von ihrem Wunsche abhängig gemacht. Die Art der Operation machte keinen Unterschied; sowohl nach Ovariotomien, schweren Adnexoperationen, nach abdominaler Radikaloperation wegen Gebärmutterkrebs durften die Patienten früh aufstehen. Ungünstiges wurde nicht beobachtet. Dagegen war Stuhl und Urinentleerung günstiger, der Appetit gehoben und der psychische Gesamteindruck besser. Kleinhans demonstriert einen Fall von Sectio caesarea mit Abtragung des myomatösen Uterus, der schon am 4. Tage das Bett verlassen hatte.

Sitzung vom 26. Februar 1908.

Dr. Garkisch demonstriert Präparate von sekundärer Abdominalschwangerschaft. 39jährige III-gravida. 2 Monate Ausbleiben der Periode, dann 4 Wochen anhaltende Blutungen. Der Uterus war nach rechts verschoben, links hinten und über demselben ein Tumor, der halb zwischen Nabel und Symphyse reicht. Im Douglas ebenfalls der untere Tumorabschnitt zu tasten. Bei der Laparotomie zeigt der Tumor hämorrhagischen Charakter und reißt leicht ein. Das abdominale Ende der Tube reicht dicht an denselben heran. Er besteht aus Eihäuten und Plazenta, die dem verzogenen S romanum aufsitzen. In der Eihöhle ein 10 *cm* langer Fötus. Offenbar handelt es sich um einen frühzeitigen Tubarabort und Weiterwachsen des ausgestoßenen Eies auf dem Peritoneum des S romanum und des Douglas.

Verein deutscher Ärzte in Prag. Sitzung vom 7. März 1908.

Dozent Dr. Schenk demonstriert einen Fall von Extrauterinschwangerschaft, kompliziert mit mehrfachen Myomen. Die 39 Jahre alte Patientin hatte eine recht- und eine unzeitige Geburt durchgemacht, an welche sich entzündliche Komplikationen anschlossen.

Ein zweiter Fall betraf eine 49 Jahre alte Frau, die seit 2 Jahren in zweiter Ehe verheiratet war. Die Menses waren nicht ausgeblieben und die Patientin bemerkte eine Tumorbildung im Abdomen, die sie früher nicht beobachtet hatte. Die Operation ergab ein dreiteiliges Myom, je ein großer Lappen in die Ligamente hineingewachsen. Der mittlere Anteil des Uterus enthielt ein intaktes Ei mit zweimonatlichem Fötus.

Der dritte Fall war eine Achsendrehung einer kleinen Ovarienzyste bei bestehender Schwangerschaft. Letztere wurde ausgetragen. Doz. Dr. Wilhelm Fischel.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Gynaekologie.

Nebesky, Über unsere Erfahrungen mit Ichthynat „Heyden“. Med. Klinik, Nr. 30.
Simons, Der schneckenförmige Uterus. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 30.

Illarionow, Das elastische Gewebe in den Tuben und seine Rolle bei verschiedenen Erkrankungen. Wratsch, Nr. 24.
Litschkus, Über Uterusperforation und Darmverletzung bei Auskratzungen. Wratsch, Nr. 26.
La Torre, Voluminoso polipo uterino gravemente complicato, inversione e perforazione dell'utero durante l'operazione e rottura di antiche raccolte, con guarigione spontanea. La Clin. Ostetr., Nr. 13.
Martin, Überblick über die Entwicklung der modernen gynaekologischen Operationstechnik. Samml. klin. Vortr., Nr. 181.
Pfannenstiel, Über abdominale und vaginale Köliotomien. Ebenda, Nr. 178.
Gemmell, Primary Carcinoma of the Fallopian Tube. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp., Vol. XIV, Nr. 1.
Mc. Cann, A Case of Bilateral Tuberculous Salpingitis, with Remarks on the Treatment of Genital Tuberculosis. Ebenda.
Zanfrognini, L'indirizzo ginecologico nella scuola e nella pratica. La Rass. d'Ostetr. e Gin., Nr. 7.
Ruggiero, Esiti remoti dell' operazione dell' Alexander. Ebenda.
Witthauer, Jothion als Hautdesinfiziens bei Operationen. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 31.
Friedmann, Ein neues Pessar gegen Uterus- und Scheidenvorfall. Ebenda.
Playfair. A Review of some recent work in Gynecology. The Practit., Nr. 482.
Beuttner, Eine neue Methode der Exstirpation doppelseitig erkrankter Adnexe. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 32.
Pankow, Was lehren uns die Nachbeobachtungen von Reimplantationen der Ovarien beim Menschen? Ebenda.
Beuttner, Der nicht schwangere Uterus kann selbst auf Reize hin, die ihn nicht direkt zu treffen brauchen, sein Volumen wesentlich verändern. Ebenda.
Braun, Über Scheidendesinfektion. Der Frauenarzt, Nr. 7.
Dupuy et Rullier, Des bartholinites aiguës et chroniques. Revue de Gyn., Nr. 3.
Schaller, Die Leistungsfähigkeit der Vaporisation und ihre Grenzen. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 32.
Crossen, Foreign Bodies in the Abdominal Cavity. Interstate Med. Journ., Nr. 8.
Casalis, Notes of a Case of a Retro-peritoneal and Retro-vesical Hydatid Cyst, associated with Two Omentum Cystes of the same nature. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp., Nr. 2.
Naske, Kritik der prämonitorischen Symptome der Thrombose und Embolie. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 33.
Frankenstein, Chloroformnarkose mit überdeckter Maske. Ebenda.
Wederhake, Desinfektion der Hände und der Haut mittelst Tetrachlorkohlenstoff und Dermagummit. Med. Klinik, Nr. 34.
Nacke, Menstruatio praecox. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 34.
Rebaudi, Emorrhagie genitali gravi da alterazione dei vasi uterini e pratiche malthusiane. La Gin. Mod., F. VII.
Frankl, Über Sauerstoffbäder im Klimakterium. Zeitschr. f. phys. u. diät. Ther., Bd. XII, H. 5.
Gans, Typhusvereiterung des Ovarialtumors. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXVIII, H. 2.
Fießler, Iwase u. Döderlein, Zur Sterilisation und Verwendung der Gummihandschuhe. Münchener med. Wochenschr., Nr. 33.
Thomas, Über erworbene Hämatometra. Inaug.-Dissert., München, Juli 1908.
Melchior, Über multiple peritoneale Pseudometastasen eines Ovarialdermoids. Berliner klin. Wochenschr.
Frankl, Physikalische Therapie der entzündlichen Adnexerkrankungen. Wiener med. Wochenschr., Nr. 31.
v. Franqué, Rezidivoperation nach Uteruskarzinom. Münchener med. Wochenschr., Nr. 31.

Geburtshilfe.

Opitz, Über die Bedeutung der Wassermannschen Luesreaktion für die Geburtshilfe. Med. Klinik, Nr. 30.
Stroganow, Ein Fall von Kaiserschnitt nach Fritsch. Wratsch, Nr. 26.
Grekow, Über Appendizitis bei Schwangeren und Wöchnerinnen. Ebenda.
v. Herff, Im Kampfe gegen das Kindbettfieber. Samml. klin. Vortr., Nr. 177.
Saverio, A proposito di alcune indicazioni del forcipe. Arch. di Ost. e Gin., Nr. 5.
Kerr, Rupture of the Uterus and its Treatment, Based on a Series of Fourteen Cases. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp., Vol. XIV, Nr. 1.
Fraipont, Quelques méthodes nouvelles d'opération césarienne. Le Scalpel et Liège méd., 19 Juillet.
Pazzi, Schema cronologico delle varie ipotesi emesse per spiegare l'origine della mola vescicolare e del corioepithelioma. La Clin. Ostetr., Nr. 14.

Pazzi, Le nostre cognizioni intorno alla mola vesicolare ed alla nidificazione dell' uovo. La Rass. d'Ostetr. e Gin., Nr. 7.
Taylor, Major operations in the Treatment of Puerperal Sepsis. The Practit., Nr. 482.
Schönbeck, Zwei Fälle von Inversio uteri puerperalis. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 32.
Sanger, Drillingsschwangerschaft mit besonderer Berücksichtigung des Plazentarsitzes. Ebenda.
Hammerschlag, Nochmals zur Anwendung der Abortzange. Ebenda.
Sellheim, Verwöhnung und Anpassung in der Geburtshilfe. Med. Klinik, Nr. 32.
Blumreich, Zum suprasymphysären Kaiserschnitt. Berliner klin. Wochenschr., Nr. 32.
Fritsch, Alte und neue Geburtshilfe. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 33.
Bab, Konzeption, Menstruation und Schwangerschaftsberechnung. Ebenda.
Wright, Puerperal Septicemia. Internat. Journ. of Surg., Nr. 7.
Marconi, Asepsi ostetrica. Lucina, Nr. 8.
Smith and Lansing, The Prognostic Value of the Nuclear Count, Associated with Pregnancy and Puerperium. Bull. of the Lying in Hosp. of the City of N. Y., Nr. 4.
Welch, Post-Partum Bacteriaemia. Ebenda.
Sondern, Significance of Albuminuria in Pregnancy. Ebenda.
Wade and Watson, The Anatomy and Histology of an Early Tubal Gestation. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp., Nr. 2.
Champneys, A Note on the History of the Literature of the Toxaemia of Pregnancy. Ebenda.
Kynoch, Pregnancy and Labour Complicated by Rectal Cancer. Ebenda.
Luchsinger, Ein Fall von extraperitonealem Kaiserschnitt nach Sellheim. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 33.
Zickel, Zu der Mitteilung des Herrn Dr. Góth: Ein neuer Handgriff zur Behandlung der atonischen Nachblutungen. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 34.
Schroeder, Einfache Therapie bei einer Vaginofixationsgeburt. Ebenda.
Weischer, Zirkulärer Abriß der Vagina am Introitus. Ebenda.
Soli, Considerazioni su di una centuria di casi di placenta previa centrale e marginale. La Gin. mod., F. VII.
Signoris, Sul comportamento dei leucociti eosinofili nelle infezioni puerperali. Ebenda.
Korach, Innere Krankheiten der Schwangeren und die Indikationen zur Einleitung des Aborts. Bruno Konegen, Leipzig 1908.
Ravano, Plazentartumoren. Arch. f. Gyn., Bd. 86, H. 1.
Heynemann, Die Bedeutung der hämolytischen Streptokokken für die puerperale Infektion. Ebenda.
Daels, Zur Histologie der Blasenmole. Ebenda.
Seitz, Über den Einfluß der Schwerkraft auf die Entstehung der Schädellagen. Ebenda.
Engelmann, Ein Beitrag zur Pathologie und Therapie des chondrodystrophischen Zwergbeckens. Ebenda.
Weibel, Ausgetragene Ovarialschwangerschaft mit Ausgang in Lithokelyphopädionbildung. Ebenda.
Leisewitz, Zur Spontangeburt bei engem Becken. Ebenda.
Bokofzer, Hat der Druck der Rumpflast Einfluß auf die Formbildung des Beckens? Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. 28, H. 2.
Jarzeff, Zur Frage über die Bauchhöhlenschwangerschaft. Ebenda.
Becker, Die Achsendrehung des Dickdarmes in Beziehung zu Schwangerschaft und Geburt. Ebenda.
Rosinski, Über missed abortion. Ebenda.
Stern, Über den Vorfall der Nachgeburt bei normalem Sitz. Ebenda.
Ziegenspeck, Kleine Verbesserungen der Schultzeschen Schwingungen. Münchener med. Wochenschr., Nr. 33.
Brügelmann, Über Schwangerschaft, Geburt und Wochenbett jugendlicher Erstgebärender. Inaug.-Dissert., Bonn, Juni 1908.
Schwarzweller, Wochenbettfieber-Statistik. Inaug.-Dissert., Heidelberg, Juli 1908.
Macry, Die mechanische unblutige Erweiterung des unteren Uterinabschnittes durch einen neuen, verbesserten Konkav-Metreurynter. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 34.

Aus Grenzgebieten.

Scheidemantel, Über Pyelitis bei Frauen und ihre Beziehungen zur Menstruation. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 31.
Gilbert, Über Behandlung der Blennorrhoea neonatorum mit Rinderserum. Münchener med. Wochenschr., Nr. 30.
Falk, Injektionen von Plazentarblut bei Karzinom. Berliner klin. Wochenschr., Nr. 30.
Esch, Über Kernikterus der Neugeborenen. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 30.
Hoke, Streptokokkenaggressin im Blute bei Sepsis puerperalis. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 30.

Vaccari, Idronefrosi bilaterale e gravidanza al settimo mese. La Clin. Ostetr., Nr. 13.
Ahlfeld, Der praktische Arzt und die Händegefahr. Samml. klin. Vortr., Nr. 179–180.
M'c. Gregor, Congenital Umbilical Hernia, with Notes of Case Successfully Treated by Operation. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp., Vol. XIV, Nr. 1.
Moscati, Le glycogène dans le placenta humain. Arch. ital. de Biol., T. XLIX, F. 1.
v. Reuß, Sehnervenleiden infolge von Gravidität. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 31.
Esch, Zur Klinik des Sclerema neonatorum. Zeitschr. f. Gyn., Nr. 31.
Block, Juristische Zurechtstellung etc. Der Frauenarzt, Nr. 7.
Speese, Mastitis cystica chronica. Ebenda.
Bossi, Nel trigesimo della morte di Leonardo Gigli. Milano 1908, F. Fossati.
v. Oeynhausen, Über einen Fall von Thorakopagus tetrabrachius. Arch. f. Gyn., Bd. 86, H. 1.
Rosenthal, Über Duodenalverschluß. Ebenda.
Offergeld, Zuckerkrankheit und Schwangerschaft in ihren Wechselbeziehungen. Ebenda.
Hofbauer, Histologische Besonderheiten von Vagina und Blase während der Gravidität. Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. XXVIII, H. 2.
Jaschke, Die Bedeutung des Selbststillens im Kampfe gegen die Kindersterblichkeit. Ebenda.
Herrnstadt, Ein Beitrag zur Appendicitis während der Schwangerschaft. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 34.

Personalien und Notizen.

(Personalien.) Prof. Dr. F. Kleinhans in Prag ist dem Herausgeberkreise der Gynaekologischen Rundschau beigetreten. – **Habilitiert:** Dr. Fritz Kermauner und Professor Dr. Julius Schottländer in Wien. — Der Privatdozent Dr. S. Patellani in Bologna habilitierte sich an der Universität Genua. — Der Privatdozent an der höheren medizinischen Schule zu Florenz Dr. E. Santi habilitierte sich an der Universität Parma. — **Ernannt:** Der Privatdozent an der Krakauer Universität Dr. Stanislaus Dobrowolski zum Professor der Geburtshilfe an der Hebammenlehranstalt in Krakau.

(Die neuen Universitäts-Frauenkliniken in Wien), welche seit dem 16. September in Betrieb sind, werden am 21. Oktober feierlich eröffnet. Die Vorlesungen beginnen am 26. Oktober.

(Jubiläum.) Geheimrat Prof. Dr. Leopold feierte jüngst sein 25jähriges Jubiläum als Direktor der kgl. Frauenklinik in Dresden.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: **Dr. Oskar Frankl.**

Verlag von Urban & Schwarzenberg in Wien und Berlin.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie. in Wien.

GYNAEKOLOGISCHE RUNDSCHAU.

ZENTRALORGAN
FÜR
GEBURTSHILFE UND FRAUENKRANKHEITEN.

II. Jahrg. **1908.** **21. Heft.**

Original-Artikel.

Aus der Universitäts-Frauenklinik zu Gießen (Direktor Prof. Dr. v. Franqué).

Zur Achsendrehung des myomatösen Uterus in der Zervix.

Von Dr. med. **Franz Schulte,** Assistent der Klinik.

(Mit 4 in den Text gedruckten Abbildungen.)

Die Achsendrehung des myomatösen Uterus ist bekanntlich ein nicht häufiges Ereignis. In der Arbeit von B. S. Schultze (2) sind die bis Anfang 1906 bekanngewordenen Fälle dieser Art, 53 an der Zahl, darunter 4 von Schultze selbst beobachtete, zusammengestellt. Es ist bei dieser Gelegenheit das interessante Krankheitsbild der Zervixtorsion des myomatösen Uterus erschöpfend und meisterhaft geschildert.

Was die Symptome der Achsendrehung anbetrifft, so bieten dieselben große Verschiedenheiten. Von besonderem Interesse ist, daß selbst geringe Drehungen, die 90° nicht erreichten, nicht selten sehr schwere Störungen hervorrufen. Aus den Ausführungen Schultzes geht hervor, daß weniger vom Grade als von der Plötzlichkeit oder Langsamkeit der Drehung, mit welcher diese erfolgt, die Ernährungsstörungen im Uterus und Tumor und somit auch die Akuität der Symptome abhängt.

Das genaue Studium der veröffentlichten Fälle ließ es Schultze als wahrscheinlich erscheinen, daß bei den Fällen, bei welchen bei der Autopsie eine Drehung von mehr als 180° gefunden wurde, die ursprüngliche Drehung langsam erfolgte und nur die letzten Drehungen zu den akuten Stauungen, Hämorrhagien bzw. zu Peritonitis führten.

Oft wurde auch bei der Achsendrehung des myomatösen Uterus eine hochgradige Verlängerung und fast bis zur Atrophie fortgeschrittene Verdünnung der Zervix angetroffen. In einem (in der Prager med. Wochenschrift, 1891, S. 212 von Fr. Pick mitgeteilten) Falle erreichte die Zervix eine Länge von 5 *cm* und ein 3 *cm* langer bandförmiger Stiel bildete die Verbindung zwischen der Zervix und dem Corpus uteri.

Infolge der innigen Beziehungen von Zervix zur Blase sollte man meinen, daß zu dem Krankheitsbilde der Achsendrehung des Utern Blasenbeschwerden gehören. Das ist jedoch meistens nicht der Fall; nur in einem kleinem Teile der Fälle sind diesbezügliche Angaben gemacht. Das Fehlen derartiger Beschwerden ist wohl in der Weise zu erklären, daß durch die Drehung des Uterus die Verbindung zwischen Blase und Zervix gelöst wird. Die Zervix hat sich gewissermaßen von der Blase losgedreht.

Im Gegensatz hierzu scheinen jedoch bei der Achsendrehung des Uterus die Adnexe sehr häufig in Mitleidenschaft gezogen zu werden. In einigen Fällen wurden bei akuter Torsion hochgradige Anschwellung und Blutergüsse in Tuben und Ovarien beobachtet.

Es erklärt sich dieses Verhalten der Adnexe aus den oft enormen Lageveränderungen, die ihnen bei der Achsendrehung des Uterus unter starker Ausdehnung der in Frage kommenden Ligamenta (ovar. propr. et infundib. pelvica) aufgenötigt werden.

Prädispositionen zur Torsion der Zervix sind nach Schultzes Ausführungen: breitgestieltes Aufsitzen eines Myoms am Corpus uteri, Verdünnung und Langziehung der Zervix sowie schlaffe Bauchdecken. Ausgelöst können die Drehungen werden durch lebhafte Körperbewegungen, direkten Insult des Tumors. Bisweilen gab Raumbeschränkung des wachsenden Tumors Veranlassung zur Drehung.

Die Diagnose wurde bisher nur in einem Falle vor der Operation bzw. Obduktion gestellt, und zwar von Switalsky (1); der Uterus war hier um 90° gedreht.

Nach Schultze wären bei der Diagnosenstellung außer anamnestischen Momenten, wie vorausgegangenen peritonealen Schmerzattacken, vorzeitiger Menopause infolge Obliteration des Zervikalkanals, hauptsächlich die charakteristischen Lageveränderungen der Ligamente und Adnexe zu berücksichtigen.

Ich selbst hatte Gelegenheit, einen Fall von Achsendrehung des myomatösen Uterus an der hiesigen Klinik zu beobachten, bei dem das Verhalten der Adnexe die Stellung der Diagnose vor der Operation ermöglichte.

Es handelt sich um ein 36jähriges Fräulein, welches am 28. Dezember 1907 in die Klinik aufgenommen wurde.

Anamnese: Vater der Patientin ist an „Gelbsucht", Mutter an der Patientin unbekannter Krankheit gestorben. Vor 5 Jahren litt Patientin an Magenkrämpfen, ist sonst angeblich nie ernstlich krank gewesen. Die Periode, welche zuerst mit 18 Jahren auftrat, war stets regelmäßig, alle 4 Wochen, dauerte 8 Tage, ziemlich stark, ohne Beschwerden. Seit $^1/_2$ Jahr ist die Periode bedeutend stärker geworden, letzte vor 8 Tagen.

Keine Geburt, kein Abort. Seit 1 Jahr verspürt Patientin Schmerzen im Rücken, Druckgefühl im Unterleib. Im vergangenen Winter steigerten sich die Beschwerden, es kam zu plötzlich auftretenden heftigen Schmerzanfällen, die gleichzeitig Beschwerden beim Urinlassen mit sich brachten. Alle diese Beschwerden haben später nachgelassen, insbesondere sind die Schmerzen beim Wasserlassen vollständig verschwunden. Stuhlgang angehalten.

Status praesens (Dr. Sitzenfrey). Patientin ist mittelgroß, von gracilem Knochenbau, in mäßigem Ernährungszustande. Herz und Lungen sind gesund, der Urin klar, frei von Eiweiß und Zucker. Das Abdomen ist in der Unterleibsgegend etwas vorgewölbt, man tastet daselbst einen aus dem kleinen Becken emporsteigenden kleinmannskopfgroßen, derben, median gelegenen Tumor, der mit seiner oberen Kuppe fast bis zum Nabel reicht. Die Tumoroberfläche ist im großen und ganzen glatt; doch tastet man an der Vorderfläche rechts von der Medianlinie etwa dreiquerfingerbreit unterhalb der Kuppe der Geschwulst ein taubeneigroßes, abgeplattetes, ziemlich gut bewegliches Gebilde, das hinsichtlich seiner Form und Druckempfindlichkeit dem Ovarium zu entsprechen scheint. Bei genauerer Abtastung läßt sich feststellen, daß das Gebilde mittelst eines kurzen, federkieldicken Stranges mit der Vorderfläche des Tumors zusammenhängt. Oberhalb dieses ovariumähnlichen Gebildes findet sich ein ungefähr 1 *dcm* langer Strang, der nach rechts zu ein freies bewegliches Ende aufweist und sich $1^1/_2$ *cm* oberhalb der Insertionsstelle des ovariumähnlichen Gebildes an der Vorderfläche der Geschwulst inseriert. Dieser Strang, der Kleinfingerdicke erreicht, ist als Tube anzusprechen. Außerdem tastet man unterhalb des ovariumähnlichen Gebildes (sofern man dieses sowie den als Tube beschriebenen Strang nach aufwärts drängt) das stark ausgezogene linkseitige Ligamentum rotundum, welches sich vor und unterhalb des als Tube angesprochenen Stranges inseriert. Das linke Ligamentum rotundum zieht somit nach rechts von der Mittellinie zu seiner an der vorderen rechten und oberen Kante des Tumors gelegenen Insertionsstelle. Der untere Abschnitt der Tumorvorderfläche zeigt nicht die glatte derbe Oberfläche, wie sie an der Geschwulstkuppe angetroffen wird. Man erhält vielmehr den Eindruck, daß das ausgezogene Ligamentum latum daselbst über die Vorderfläche der Geschwulst verzogen ist; letztere zeigt

nur eine geringe seitliche Verschieblichkeit, bei deren Prüfung die Patientin über starke Schmerzen klagt.

Äußeres Genitale einer Nullipara. Introitus eng, Vagina lang, eng, rugös, die Portio ist gegen den Scheideneingang gerichtet, zylindrisch, entsprechend groß, derb. Muttermund quer, vordere und hintere Muttermundslippe ausgesprochen, narbige Einkerbungen an den Muttermundswinkeln fehlen. Die Zervix geht über in den oben erwähnten Tumor. Vom hinteren Scheidengewölbe aus tastet man im Douglas einen über taubeneigroßen Körper, beweglich, als Ovarium anzusprechen. Soweit man die Geschwulst abtasten kann, zeigt sie auch hier glatte Oberfläche und derbe Myomkonsistenz.

Diagnose. Auf Grund dieses Befundes wird die Diagnose auf ein Corpusmyom mit Torsion in der Zervix gestellt. Bestimmend für diese Diagnose war das Verhalten der Adnexe. Die an der Vorderfläche des Tumors rechts von der Mittellinie gelegenen Gebilde mußten als Ovarium und Tube der linken Seite angesprochen werden, und zwar in Rücksicht darauf, daß in der Nähe der Insertionsstellen von Tube und Ovarium sich die Insertion des stark ausgezogenen linken Ligamentum rotundum nachweisen ließ. Das im Douglas median gelegene Ovarium wurde somit als rechtseitiges gedeutet. An der Zervix selbst konnte ein Befund, der auf eine Torsion hinwies, nicht erhoben werden.

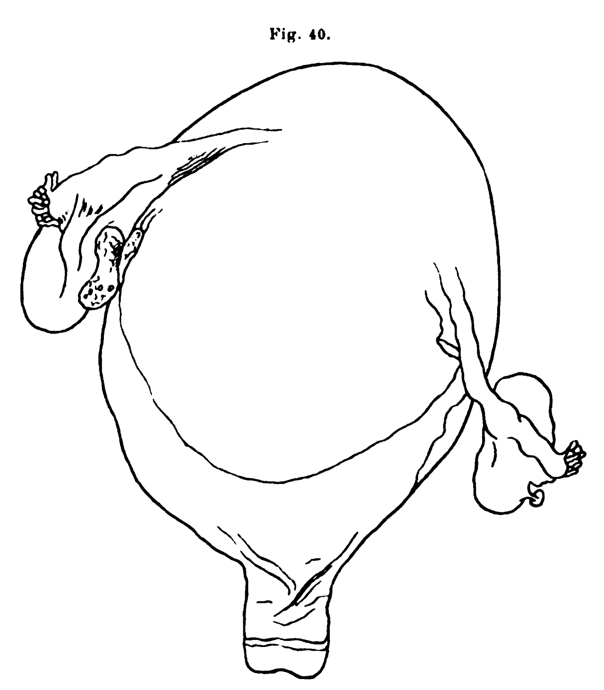
Das an der Vorderfläche gelegene linke Ovarium war über taubeneigroß und von prall elastischer Konsistenz, so daß der Gedanke an eine starke Stauung, eventuell Hämatombildung nahe lag. Die Annahme der Veränderung sowie die starke Druckempfindlichkeit des Ovariums, die auch unabhängig von direktem Druck bei körperlichen Bewegungen, wie raschem Gehen, auftrat, sowie die starken Menses ließen die Entfernung des als Myom mit Torsion in der Zervix anzusprechenden Tumors unbedingt notwendig erscheinen.

Die gestellte Diagnose erfuhr ihre Bestätigung durch die am 31. Dezember 1907 vorgenommene Operation (Dr. Sitzenfrey). In Äthernarkose Längsschnitt in Mittellinie vom Nabel bis zur Symphyse reichend. Nach Eröffnung des Peritoneums erblickt man sogleich den über kindskopfgroßen Tumor, der ein Corpusmyom darstellt. Entsprechend dem Untersuchungsbefund zeigt das myomatöse Corpus eine Torsion in der Zervix von links nach rechts um 90° (Fig. 40, 41, 42). Die ursprüngliche vordere Fläche des Uterus sieht ganz nach rechts und die linke Uterus- bzw. Myomfläche nach vorn, die rechte nach hinten. Die Vergrößerung des Uterus ist bedingt durch ein hauptsächlich in der hinteren Wand gelegenes Myom. Die Insertionsstellen von Tube, Ovarium und Ligamentum rotundum der linken Seite finden sich in der rechten und oberen Begrenzung des Tumors (rechts von der Mittellinie). Das linke Ovarium ist stark geschwellt, bläulich verfärbt, das Ligamentum rotundum ziemlich dick. Die rechten Adnexe inserieren sich rechts hinten und oben am Tumor, und zwar etwas höher als die linken, auch das rechte Ovarium zeigt starke Stauung. Die Venen in den Ligamenta lata sind stark dilatiert und in ihrem Verlauf gewunden. Wegen der Veränderung in den Adnexen und der Torsion in der Zervix wird die Totalexstirpation beschlossen. Der myomatöse Uterus wird in seine normale Lage gebracht; hierbei zeigt sich nun, daß der Tumor viel stärker über die Symphyse vorspringt. Während der größte Querdurchmesser bei normaler Lage 11 *cm* beträgt, ist der Diameter von vorn nach hinten $14^1/_2$ *cm*. Abbinden der linken und sodann der rechten Adnexe, quere Durchtrennung der tiefgelegenen Plica vesico-uterina peritonei; sie entspricht nicht der Gegend oberhalb des inneren Muttermundes, sondern reicht tief herab. Ihre normale Verbindung mit der Zervix hat sie zum großen Teile verloren; nur das untere Drittel der vorderen Zervixwand ist mit ihr noch verbunden und wird stumpf abgeschoben. Hierauf Durchtrennung der Parametrien und Versorgung der Art. uterinae, wobei die abnorme Länge der linken Art. uterina auffällt. Dann Unterbindung der Ligamenta sacrouterina und Spaltung des Douglasperitoneum entsprechend der Höhe des Scheidenansatzes. Eröffnung der Scheide im vorderen Scheiden-

gewölbe, Auslösung der Zervix unter schrittweiser Umsäumung der Vaginalwundränder, Drainage des subperitonealen Raumes durch zwei in die Vagina geführte Streifen, darüber fortlaufende Jodcatgutnaht des Peritoneum, Schluß der Bauchdecken in üblicher Weise.

Das bei der Operation gewonnene Präparat stellt den myomatösen Uterus dar, der ein Gewicht von 1350 *g* hat. Bei der äußeren Betrachtung fällt auf, daß das Corpus gegen die schlanke, 4 *cm* lange Zervix am Übergange um 90° torquiert ist. Die vordere Muttermundslippe entspricht nicht der vorderen Wand, sondern der linken Fläche des Tumors, die hintere Muttermundslippe entspricht der rechten Fläche des Tumors (Fig. 41 u. 42). An der äußeren Form des Tumors ist weiter bemerkenswert, daß das Myom sich hauptsächlich in der hinteren Wand entwickelt hat und daß die rechte Hälfte des Uterus durch die Myomentwicklung stärker in Mitleidenschaft gezogen ist. Letzteres ist daraus erkennbar, daß der Ansatz der rechten Adnexe und des Ligamentum rotundum höher gelegen ist als die entsprechenden Ansatzstellen links. Das Überwiegen des in normaler Lage sagittalen Durchmessers gegenüber dem in normaler Lage queren Durchmesser gibt die Erklärung dafür ab, daß der Tumor in torquierter Stellung eine bequemere Lage im großen Becken und Hypogastrium eingenommen hat, als es ihm in normaler, in diesem Falle sehr labiler Lage möglich gewesen wäre. Die Ähnlichkeit des myomatösen Corpus mit einem kindlichen Schädel legt den Gedanken nahe, daß auch der Tumor sich aus gleichen Gründen wie jener mit seinem Längsdurchmesser entsprechend dem Querdurchmesser eingestellt hat. Diese Lage mag ihm durch die Nachbarorgane und das Promontorium, unterstützt durch die Bauchpresse, aufgedrängt worden sein. Um die erwähnte Lage einnehmen zu können, mußte die Geschwulst sich in der Zervix um 90° drehen. Der letzte Grund allerdings für die eigentümliche Gestaltung des Corpus uteri ist in der Wachstumsrichtung des Myoms gelegen. An einem sagittalen Durchschnitt (Fig. 43) ist als Ausdruck der Torsion des Zervix die S-förmige Krümmung des Zervikalkanals in der Gegend des inneren Muttermundes zu erkennen. Ferner erblickt man in der hinteren Wand das eigentliche Myom, welches im Zentrum grau verfärbst ist und eine dem Radiergummi ähnliche Konsistenz zeigt. (Histologisch finden sich nekrobiotische Veränderungen.)

Fig. 40.



Vorderfläche des myomatösen Uterus, die in situ nach rechts gerichtet war. Die Insertionsstellen der rechten Adnexe und der Lig. rotund. sind höher gelegen als die linkseitigen.

Überblicken wir die Krankheitssymptome der Patientin, so wären auf die Torsion die Beschwerden beim Wasserlassen, welche im Winter 1906/7 eintraten und später

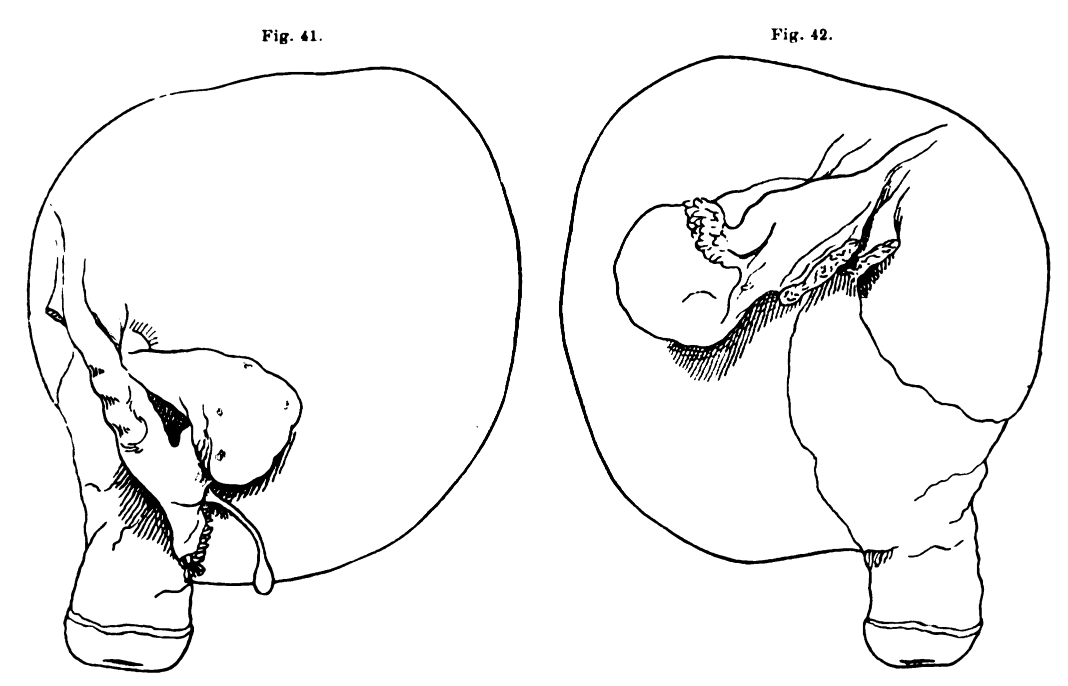


Fig. 41.

Die linke Uteruswand bzw. vordere Fläche in situ; der Muttermund stellt einen quer verlaufenden Spalt dar.

Fig. 42.

Die rechte bzw. hintere Fläche des Uterus in situ.

verschwanden, und die starke Schmerzhaftigkeit des linken, nach vorn verlagerten Ovariums vielleicht zu beziehen. Wie aus dem Operationsbericht hervorgeht, war die Verbindung der Blase mit der vorderen Zervixwand nur auf das untere Drittel der letzteren beschränkt; es erscheint daher die Annahme gerechtfertigt, daß im Winter 1906/7 die Torsion sich entwickelt hat, durch welche zunächst die Blase in Mitleidenschaft gezogen wurde, worauf die damals vorhandenen Beschwerden bei der Harnentleerung hindeuten. Nachdem die Blase ihre Verbindung mit dem unteren Uterinsegment und den beiden oberen Drittel der Zervixwand, die bei der Torsion hauptsächlich beteiligt waren, verloren hatte, schwanden natürlich auch die Beschwerden.

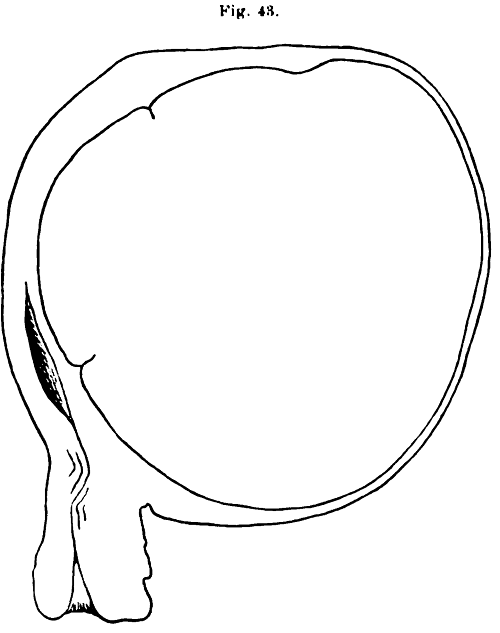


Fig. 43.

Durchschnitt durch den Uterus, S-förmige Abknickung des Zervikalkanals in der Gegend des inneren Muttermunds. Das Myom liegt in der hinteren Wand.

Die starke Druckempfindlichkeit des nach vorn liegenden linken Ovariums sowie die anscheinend von ihm ausgelösten Schmerzattacken finden ihre Erklärung in der Stauung des Organs und in den mechanischen Insulten, welchen das

Organ infolge seiner Verlagerung zwischen dem derben Tumor und den Bauchdecken ausgesetzt war.

Leichte Torsionen des myomatösen Uterus werden öfter bei hinzutretenden Schwangerschaften beobachtet. Schon bei der normalen Gravidität zeigt der Uterus eine leichte Torsion von links nach rechts in Form einer Dextroversion des Corpus. Bekanntlich wird letzterer auf embryonale Verhältnisse zurückgeführt, wonach das in dieser Zeitperiode voluminöse Rektum dem Uteruskörper eine leichte Drehung nach rechts aufzwingt. Infolgedessen kommt die linke Uteruskante mehr nach vorn, die rechte mehr nach hinten zu liegen.

Auch bei nicht myomatösen, graviden Uteri wurden stärkere Torsionen in der Zervix beobachtet. So berichtete Prof. Walther in der Diskussion bei der Demonstration des Präparates meines Falles über eine von ihm während seiner Assistentenzeit unter Prof. Löhlein gemachte diesbezügliche Beobachtung.

In letzter Zeit berichtet M. G. Lihotzky (4) über die Torsion eines graviden myomatösen Uterus. Es handelte sich in diesem Falle um eine 38jährige, mehrgebärende Frau, welche im 5. Lunarmonat gravid zur Operation kam. Der Tumor saß rechts und hinten am Fundus uteri und war mit dem Corpus uteri um 90° nach rechts gedreht, die linken Adnexe lagen ganz vorn.

Meiner Ansicht nach kann es bei myomatösem Uterus durch hinzutretende Schwangerschaft zu einer Torsion kommen, wenn die Entwicklung und die Wachstumsrichtung des Eies eine vorherrschende Verlängerung im sagittalen Durchmesser des Uterus bedingen. Der in der Weise gestaltete Uterus wird dann schon durch eigene Schwere und, wie früher ausgeführt wurde, durch die benachbarten Organe und Mitwirkung der Bauchpresse bestimmt, die zweckmäßigere Seitenlage einzunehmen, womit eben eine Torsion in der Zervix verbunden ist.

Literatur: [1]) Veit, Handbuch d. Gynaekol., I. Bd., 2. Auflage. — [2]) B. S. Schultze. Die Achsendrehung des myomatösen Uterus. (Volkmannsche Samml. klin. Vorträge. Neue Folge, pag. 410.) — [3]) Wiener klin. Wochenschr., 1908, Nr. 6. (M. G. Lihotzky, Demonstration in der k. k. Gesellschaft der Ärzte in Wien.)

Bücherbesprechungen.

Rudolf Maresch, Über Salpingitis nodosa. Mit 17 Abbildungen im Text und 2 Tafeln. Berlin 1908, S. Karger.

In vorliegender Monographie weist der Autor auf Grund genauen Studiums einer Reihe einschlägiger Fälle nach, daß die Salpingitis isthmica nodosa nicht epoophoralen Wucherungen, wie dies Recklinghausen angenommen, ihren Ursprung verdanke. sondern daß sie ein entzündliches Produkt darstelle. Zu diesem Ergebnisse gelangt er durch Herstellung lückenloser Schnittserien sowie durch Injektionspräparate. Die epithelialen Gänge und zystischen Kavitäten können ins Tubenlumen hinein verfolgt werden, und rühren entweder von präformierten Tubendivertikeln oder von Wandabszessen her, was im einzelnen Falle kaum zu entscheiden ist. Gute Abbildungen erläutern den Text. Frankl.

Bericht der kärntnerischen Landes-Wohltätigkeitsanstalten in Klagenfurt über das Jahr 1908. Im Selbstverlage, Klagenfurt 1908.

In der gynaekologischen Station wurden 164 Operationen vorgenommen. Die Zahl der Geburten betrug 384. In 33 Fällen wurde enges Becken beobachtet (C. v. 10—7 *cm*).

Operative Eingriffe, einschließlich Naht von Damm- und Scheidenrissen, wurden in 153 Fällen ausgeführt. Es ereigneten sich 179 Erkrankungen bei Schwangeren; von 384 Wöchnerinnen wurden 356 gesund entlassen, 2 sind in der Anstalt gestorben, 26 wurden transferiert. Puerperale, fieberhafte Erkrankungen ereigneten sich 16mal, fieberlose 9mal, nicht puerperale, fieberhafte 6mal, nicht puerperale, fieberlose 5mal. Von den Wöchnerinnen haben 295 ganz, 26 teilweise gestillt, ein immerhin respektabler Prozentsatz! K.

Sammelreferate.

Stillfähigkeit und Laktation.

Sammelbericht über das Jahr 1907 von Priv. Doz. Dr. **P. Mathes,** Graz.

1. Alsberg: **Brustdrüse und Eierstock.** (Zentralbl. f. Gyn., 1907, 51.)
2. Bab: **Bakteriologie und Biologie der kongenitalen Syphilis.** (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 60.)
3. Bachmann: **Über das erschwerte Stillvermögen der Frauen.** (Med. Klinik, 1907, 23.)
4. Bamberg-Brugsch: **Über den Übergang von Agglutininen von Mutter auf Kind.** (Med. Klinik, 1907, 31.)
5. Baron: **Bericht der zur Beratung der Propaganda des Stillens ernannten Kommission.** (Münchener med. Wochenschr., 1907, 17, pag. 858.)
6. Bauer: **Zur Prophylaxe und Therapie der Mastitis puerperalis.** (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., 26, pag. 265, Diskussion.)
7. Bertkau: **Ein Beitrag zur Anatomie und Physiologie der Milchdrüse.** (Anat. Anzeiger, 30, 7 u. 8.)
8. Biedert: **Die weiteren Schicksale etc.** (Arch. f. Gyn., 81, H. 1.)
9. Bienenfeld, **Gerinnung der Frauenmilch.** (Gesellsch. f. inn. Med. u. Kinderheilk. in Wien, Sitzung vom 7. November 1907; Deutsche med. Wochenschr., 1908, 2.)
10. Biermer: **Beiträge zur Frage der natürlichen Ernährung.** (Arch. f. Kinderheilk., 42, 1.)
11. Boshouwers: **Agalaktische Medikation.** (Med. Weekblad, 13, 23.)
12. Brennemann: **Ernährungsstörungen bei Säuglingen durch Überernährung.** (Journ. of americ. Association 16; Ref. Deutsche med. Wochenschr., 1907, 21.)
13. Bucura: **Über den Übergang von Arzneistoffen in die Frauenmilch.** (Zeitschr. f. exp. Path. u. Ther., 4, 2.)
14. Bunge: **Die zunehmende Unfähigkeit etc.** (5. Aufl., 1907.)
15. Cramer: **Einige Beobachtungen über die Funktion der weiblichen Brüstdrüse.** (Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., 26, 3.)
16. Durand: **Puerperale Mastitis von außergewöhnlichem Verlauf etc.** (Lyon méd., April 1907; Ref. Zentralbl. f. Gyn., 1907, 49.)
17. Finkler: **Über den Einfluß der Ernährung auf die Milchsekretion.** (Zentralbl. f. allgem. Gesundheitspflege, 26, 11.)
18. Flesch u. Schossberger: **Die Verbreitung der natürlichen Säuglingsernährung in Budapest.** (Arch. f. Kinderheilk., 64, 1—3.)
19. Frey, **Hämolysiert die Frauenmilch?** (Münchener med. Wochenschr., 1907, 36.)
20. Friedjung: **Über den Einfluß der Säuglingsernährung etc.** (Wiener klin. Wochenschrift, 1907, 20.)
21. Fuld u. Wohlgemuth: **Über eine neue Methode zur Ausfällung des reinen Kaseins etc.** (Biochem. Zeitschr., 5, pag. 118.)
22. Gauss: **Zur Diätetik des Wochenbettes.** (Verhandlungen der Deutschen Gesellsch. f. Gyn., 1907, pag. 802.)
23. Geyl: **Milchabsonderung aus der Achselhöhle etc.** (Nederl. Tijdschr. vor Geneeskonde, 1907, 20.)

24. Griffith and Gittings: **The weight of breast — fed infants.** (Arch. of Pediatrics, Mai 1907; Ref. Monatsschr. f. Kinderheilk., Juli 1907.)
25. Grünbaum: **Milchsekretion nach Kastration.** (Deutsche med. Wochenschr., 1907, 26.)
26. Hartmann: **Behandlung von 12 Mastitiden mit Saugapparaten.** (Münchener med. Wochenschr., 1907, 6.)
27. Heil: **Zur Saugbehandlung der Mastitis.** (Gyn. Rundschau, I, pag. 203.)
28. Heimann: **Verhalten des Serumkomplementes beim Säugling.** (Monatsschr. f. Kinderheilk., Oktober 1907.)
29. Heinemann: **Potentieller Komplementbefund bei natürlicher und künstlicher Ernährung.** (Berliner klin. Wochenschr., 42, pag. 1356.)
30. Heinsius und Lissauer: **Erfahrungen über Brustdrüsenentzündung etc.** (Deutsche med. Wochenschr., 1907, 51.)
31. Hueppe: **Frauenmilch und Kuhmilch in der Säuglingsernährung.** (Deutsche med. Wochenschr., 1907, 39.)
32. Japha: **Aussetzen des Stillens.** (Bericht aus der Berliner med. Gesellsch., Berliner klin. Wochenschr., 1907, 6, pag. 170.)
33. Iwai: **A statistical study on the polymastia of the Japanese.** (Lancet, 1907, 2.)
34. Kaupe: **Eine neue Milchpumpe.** (Münchener med. Wochenschr., 1907, 3.)
35. Kelier: **Zur Ammenwahl und Ammenbehandlung.** (Berlinerklin. Wochenschr., 1907, 40.)
36. Kermauner: **Das Gedeihen der Brustkinder etc.** (Jahrb. f. Kinderheilk., 66, 1.)
37. Kron: **Die Basedowsche Krankheit und das Geschlechtsleben des Weibes.** (Dissert. Berlin 1907.)
38. Kurdinowski: **Über die reflektorischen Wechselbeziehungen zwischen den Brustdrüsen und dem Uterus etc.** (Arch. f. Gyn., 81, 2.)
39. Lomer: Geburtshilfl. Gesellschaft Hamburg, Sitzung 26. Februar 1907; Ref. Zentralbl. f. Gyn., 24.)
40. Mark van der: Pharm. Weekblad, 44, 153; Ref. Monatsschr. f. Kinderheilkunde, September 1907.
41. Mayer: **Über das Vorkommen von Gallensäuren in der Frauenmilch.** (Berliner klin. Wochenschr., 1907, 27.)
42. Meynier: **Sulle modificazioni indotte nella struttura della ghiandola mammaria dalla sospensione dell' allattamento.** (Riv. clin. ped., IV, 401.)
43. Meynier: **Influenza dell' inanizioni sulla struttura della ghiandola mammaria funzionante.** (Ebenda, pag. 881.)
44. Moro: **Verhalten des Serumkomplementes beim Säugling.** (Monatsschr. f. Kinderheilk., Oktober 1907.)
45. Moro: **Über das bakteriolytische Alexin der Milch.** (Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther., 4, 2.)
46. Neter: **Muttersorgen und Mutterfreuden etc.** (München 1907, Verlag der ärztl. Rundschau.)
47. Neumann: **Die natürliche Säuglingsernährung in der ärztlichen Praxis.** (Deutsche med. Wochenschr., 1907, 8.)
48. Pfaundler: **Über Wesen und Behandlung von Ernährungsstörungen im Kindesalter.** (Münchener med. Wochenschr., 1907, 1, Diskussion pag. 296.)
49. Pfaundler: **Über Dystrophie der Säuglinge.** (79. Vers. deutscher Naturforscher und Ärzte in Dresden.)
50. Pfaundler u. Moro: **Über hämolytische Substanzen der Milch.** (Zeitschr. f. exper. Path. u. Ther., 4, 2.)
51. Ponsoye, **Wechselbeziehungen zwischen Laktation und Menstruation.** (Thèse de Lyon, 1907.)
52. Potpeschnig: **Ernährungsversuche an Säuglingen mit erwärmter Frauenmilch.** (Münchener med. Wochenschr., 1907, 27.)
53. Prinzing: **Die Statistik des Stillens.** (Deutsche med. Wochenschr., 1887, 5.)
54. Ramacci: **Sulla reazione del latte di donna.** (Pediatria, 1907, 1.)
55. Riemann: **Warzenschutz durch Gaudanin.** (Zentralbl. f. Gyn., 1907, 48.)
56. Rost: **Zur Kenntnis der Ausscheidung der Borsäure.** (Arch. internat. de pharmacologie et de thérapie, XV, 291; Ref. Monatsschr. f. Kinderheilkunde, September 1907.)
57. Le Roux: **L'allaitement chez les cardiaques.** (L'obstétrique, 1907, 227.)

58. Salge: **Einige Bemerkungen über die Bedeutung der Frauenmilch in den ersten Lebenstagen.** (Berliner klin. Wochenschr., 1907, 8.)
59. Salge: **Einige Bemerkungen über den Wert der Stillprämien.** (Zeitschr. f. Säuglingsfürsorge.)
60. Samuel: **Ein Verbandtuch bei Erkrankungen der Brustdrüse.** (Deutsche med. Wochenschrift, 1907, 52.)
61. Sauer: **Mastitis und Biersche Stauung.** (Dissertation, Erlangen 1907.)
62. Schein: **Theorie der Milchsekretion.** (Wiener med. Wochenschr., 1907, 36—43.)
63. Starling: **Entwicklung der Milchdrüsen durch Injektion von Fötalextrakt.** (Internat. physiolog. Kongr. 1907; Ref. Deutsche med. Wochenschr., 1907, 38.)
64. Stiassny: **Ein Beitrag zur Prophylaxe und Therapie der Mastitis.** (Gyn. Rundschau, 1907, 5.)
65. Thorn: **Die Verbreitung des Stillens in Magdeburg und Umgebung.** (Münchener med. Wochenschr., 1907, pag. 46, Diskussion pag. 194.)
66. Turton u. Appleton: **Opsonische Kraft des mütterlichen Serums und der Milch.** (Brit. med. Journ., 1907, 2415; Ref. Deutsche med. Wochenschr., 1907, 17.)
67. Uffenheimer: **Ergebnisse der biologischen Methode für die Lehre von der Säuglingsernährung.** (Therapie d. Gegenwart, N. F., IX, 5.)
68. Variot: **Gefahren der Unterernährung für den Säugling etc.** (La Pathogénie infantile, 4, 3; Ref. Jahrb. f. Kinderheilk., 1907, 66.)
69. Watson: **Einfluß reichlicher Fleischnahrung auf Fruchtbarkeit und Laktation.** (Brit. med. Journ., 26. Jänner 1907; Ref. Münchener med. Wochenschr., 1907, pag. 689.)
70. Wiley: **The excretion of boric acid from the human body.** (Journ. of biolog. chem. III, 11.)
71. Zacharias: **Die Behandlung der Mastitis mit Bierscher Stauung.** (Münchener med. Wochenschr., 1907, 15, Diskussion pag. 633.)
72. Zander: **Wie viele unter 1000 Wöchnerinnen sind unfähig zu stillen etc.** (Dissert. München 1907.)
73. Ziegenspeck: **Zur Stillungsfrage.** (Verhandl. der Deutschen Gesellsch. für Gyn., XII, pag. 829.)
74. Zlocisti: **Über Spätlaktation.** (79. Vers. Deutscher Naturforscher u. Ärzte; Ref. Berliner klin. Wochenschr., 42, pag. 1359.)

Anatomie. Bertkau wies an menschlichen und tierischen Milchdrüsen nach, daß die bisher beschriebenen Bilder von Kuppenbildung, Einschnürung und Zerreißung an der Innenfläche der Alveolarepithelien durch mangelhafte Konservierung künstlich hervorgerufen seien, während er sie bei seinen sorgfältig behandelten Präparaten (Konservierung nach Carnoy van Gehuchten (60 Alc. abs., 30 Chloroform, 10 Eisessig) stets vermißte. Die Milchbildung ist also ein Sekretionsvorgang nach dem gewöhnlichen Typus ohne Zerstörung von Epithelzellen.

Die Fortsätze der Korb- und Spindelzellen der Alveolarwand sind Muskelfasern, die für die Austreibung des Sekretes von Wichtigkeit sind.

Meynier hat die Rückbildungsvorgänge beim Abstillen und im Hungerzustande beobachtet. In den Epithelien tritt echte Fettinfiltration auf, das Bindegewebe nimmt zu, man beobachtet im Gewebe einen Einbruch von Leukozyten, die anfangs spärlich und meist einkernige sind, während sie später von zahlreichen mehrkernigen gefolgt werden.

Geyl beobachtete, wie schon viele vor ihm, Milchabsonderung aus den Schweißdrüsen der Achselhöhle einer Wöchnerin.

Iwai fand bei Japanern häufig Polymastie, bei Männern in 1·68%, bei Frauen in 5·19% der Fälle.

Chemie der Milch. Die Reaktion der Milch ist nach Ramacci stets alkalisch. Die Alkalität nimmt am Abend und gegen Schluß der Einzelmahlzeit etwas ab, während der Menstruation jedoch bedeutend zu.

Fuld und Wohlgemuth konnten die Frauenmilch durch langdauernde, starke Abkühlung, Bienenfeld durch Säurezusatz für Lab gerinnbar machen, während sonst Frauenmilch im Gegensatz zur Kuhmilch durch Lab allein nicht gerinnbar ist.

Auslösung und Hemmung der Funktion der Mamma.

Alsberg und Grünbaum bestätigen die alte Erfahrung an 16 Fällen, daß gänzliche Entfernung beider Ovarien von Bildung eines milchartigen Brustdrüsensekretes gefolgt ist, während diese ausbleibt, wenn auch nur kleine Teile der Ovarien zurückbleiben.

Zu echter Milchsekretion in wesentlicher Menge kommt es jedoch nur nach Ausstoßung des Schwangerschaftsproduktes zu beliebigem Zeitpunkt.

Starling konnte in Tierversuchen durch Injektion von Fötalextrakt Milchbildung herbeiführen, doch haben seine Versuche seitdem Widerspruch gefunden. Auch Cramer macht für die Milchbildung neben der Entleerung des Uterus den Wegfall des fötalen Stoffwechsels verantwortlich. Nach seinen Beobachtungen führen aber auch andere Reizzustände im Genitale zur Sekretion. Kurdinowski glaubt auf Grund klinischer Erfahrungen nervösen Einflüssen vom Genitale aus einen breiteren Platz einräumen zu müssen, als dies in letzter Zeit geschehen ist. Auf Grund rein theoretischer Überlegung spricht Schein die Vermutung aus, daß in der Schwangerschaft milchfähige Substanzen gebildet werden, um deren Besitz Mamma und Plazenta in Konkurrenz treten. Wird die Plazenta ausgestoßen, so tritt die Mamma in den Alleinbesitz dieser Stoffe und bildet daraus die Milch. Auch Uterusschleimhaut und Hodenepithel haben die Fähigkeit, diese Stoffe zu binden (?Ref.).

Zlocisti berichtet über mehrere Fälle, in denen es gelang, nach 14—90tägiger Pause die Milchsekretion dadurch wieder in Gang zu bringen, daß Erwachsene an den Warzen saugten.

Unter den sekretionshemmenden Einflüssen wird von Cramer und Japha psychischen Erregungen große Bedeutung beigemessen, eine Tatsache, die wohl jeder aus eigener Erfahrung bestätigen wird.

Von Wichtigkeit für die Stilltechnik ist die neuerdings von Keller hervorgehobene und durch ein drastisches Beispiel belegte Erscheinung, daß durch mangelhafte Entleerung der Drüse bei der Einzelmahlzeit die Milchproduktion ziemlich rasch herabgesetzt wird. Ponsoye fand die Milchmenge bei der Menstruation, die etwa bei der Hälfte der stillenden Frauen ein- oder mehrmals auftritt, vermindert.

Interessant ist die Beobachtung von Kron an 2 Fällen, daß Gravidität bei Basedowscher Krankheit die Atrophie der Mammae nicht aufzuhalten vermag.

Zur absichtlichen Unterdrückung der Milchsekretion empfiehlt Boshouwers bei Galaktorrhöe oder zum Abstillen Antipyrin in der gewöhnlichen Dosierung.

Milchmenge und Bedürfnis des Säuglings. Keller publiziert die Milchkurve einer Amme, die täglich 1800—1900 *g* Milch produzierte. Gauss führt als Stütze für die Bestrebung, Wöchnerinnen möglichst bald aufstehen zu lassen, die Tatsache an, daß bei Frühaufstehern (vor dem 5. Tage) die Milchbildung eine reichlichere ist.

Im seltsamen Gegensatz zu der gleich zu besprechenden Frage der zunehmenden Stillunfähigkeit steht die von Brennemann, Lomer, Neumann und Salge erhobene Warnung, die Kinder nicht zu überfüttern. Besonders Salge betont, daß Überfütterung häufiger ist als Darben. Lomer rät, gegebenenfalls nach 3—4 Minuten langem, kräftigem Saugen das Kind von der Brust zu nehmen, wenn es im Eifer nachläßt.

Die so häufige Angst vieler Mütter vor Milchmangel ist oft unbegründet (Kermauner, Neumann.)

Biermer empfiehlt jedesmal je 10 Minuten an beiden Brüsten (vgl. dagegen Keller) trinken zu lassen und nachts eine 7stündige Pause einzuschalten. Mit der Beinahrung soll begonnen werden, wenn die getrunkene Milchmenge von ein Sechstel des Körpergewichtes des Säuglings auf ein Achtel heruntergegangen ist.

Auch Variot bestimmt die erforderliche Menge mit einem Siebentel des Körpergewichtes. Japha hält es für ausreichend, wenn arbeitende Frauen ihre Kinder 3—4mal täglich anlegen.

Nach Biermer sollen die Kinder erst 24 Stunden nach der Geburt an die Brust gelegt werden, ohne daß sie vorher irgend etwas bekämen. Griffith and Gittings verglichen die Gewichtsverluste von Kindern, die gleich nach der Geburt Frauen mit schon milchenden Brüsten angelegt wurden, mit solchen, die nur an der Brust der eigenen Mutter genährt wurden, und fanden ein Verhältnis von 153 : 310 *g* zugunsten der ersteren.

Übergang von Substanzen in die Milch und Einfluß der Nahrung auf die Milchbildung. Bucura fand außer den schon bekannten Arzneimitteln: Jodkali, Natr. salicyl., Äther und Quecksilber unter 40 weiteren untersuchten Mitteln noch Aspirin, Kalomel, Arsen und Brom in der Milch wieder. Wiley und Rost fanden Tausendstel der per os eingeführten Borsäure in 1 *l* Milch wieder.

Van der Mark wies bei Ikterus Urobilin und Bilirubin im Milchfett nach und Mayer konnte bei derselben Erkrankung Gallensäure aus der Milch darstellen, die beim Kind heftiges Erbrechen verursachte.

Bamberg-Brugsch fand bei einer Frau, die im 8. Monat der Schwangerschaft Typhus überstanden hatte, reichlich Agglutinine in der Milch, während er sie im Serum des gestillten Kindes vermißte.

Bab rät jeder syphilitischen Mutter, ihr syphilitisches Kind zu stillen, weil die Muttermilch für den Säugling wegen ihres Gehaltes an Antikörpern nicht nur Nahrung, sondern auch Medizin sei. Das Neugeborene ist oft nicht imstande, selbst genügend Antikörper zu produzieren und die Plazenta scheint dieselben in der Schwangerschaft häufig nicht durchzulassen. Kann die Mutter nicht selbst stillen, so ist dem Kinde eine syphilitische Amme zu geben. Läßt sich an der Mutter nichts von Syphilis nachweisen, so soll sie ihr Kind doch stillen, wenn ihr Blut Antigene oder Antikörper enthält; bei syphilitischer Mutter und anscheinend gesundem Kind ist nur die künstliche Ernährung am Platze.

Nach Finklers Untersuchungen an Tieren und Menschen befördert reichlicher Gehalt an Proteinen in der Nahrung die Milchbildung, während vermehrter Fettzufuhr diese Bedeutung nicht zukommt. Deshalb ist auf Laktagol nicht viel zu geben, dessen eigentümliches Fett sogar von nachteiligem Einfluß auf das Kind sein kann; hingegen empfiehlt er Malztropon in Mengen von 30 *g* pro die, durch das er in einem Fall eine Zunahme der Milchproduktion um 13% erzielen konnte. Schon in der Schwangerschaft ist auf eine reichliche Ernährung mit Protein enthaltenden Nahrungsmitteln zu sehen.

In direktem Gegensatz zu diesen Beobachtungen steht die Behauptung Watsons, daß reichliche Fleischnahrung z. B. bei Ratten sowohl Fruchtbarkeit als Milchbildung ungünstig beeinflußt. Auch Bachmann empfiehlt Wöchnerinnen mehr eine salzreiche und eiweißärmere Diät, weil übermäßige Eiweißzufuhr zu vermehrter Kollämie des

Blutes führt, die einerseits die Milchdrüse in ihrer Leistungsfähigkeit herabsetzt und andrerseits durch ungünstige Einwirkung auf andere Organsysteme (Herz, Gefäßsystem, Leber etc.) die Gesamtkonstitution verschlechtert.

Klinische und biologische Argumente für die natürliche Ernährung.

Biedert sammelt in ausführlicher Arbeit alles, was von ihm und anderen bisher an Unterschieden zwischen Menschen- und Kuhmilch gefunden wurde, ohne dem reichen Material wesentlich Neues hinzuzufügen. Auch bei Neumann finden sich zahlreiche Hinweise in dieser Richtung. Ähnliches enthält die Arbeit von Hueppe, der sich als Kämpfer für die natürliche Ernährung bekennt, aber auch die rationelle Ernährung mit Kuhmilch als eine wertvolle hygienische Errungenschaft in geeigneten Fällen gelten läßt.

Die wesentlichste Waffe im Kampfe für die natürliche Ernährung bieten die Entdeckungen Hamburgers, Pfaundlers und Moros. Zur Verwertung des Milcheiweißes für den kindlichen Organismus gehört nicht nur die Fähigkeit, das Eiweißmolekül zu verdauen, sondern es müssen entweder dieses selbst, soweit es die Darmwand unverdaut passiert, oder mindestens dessen Teilstücke von den Körperzellen assimiliert werden. Dies gelingt bei den Eiweißmolekülen der arteigenen Milch leicht und ohne Schaden, weil die Körperzellen selbst Stoffe produzieren, die das Nahrungseiweiß nach Art eines „tropholytischen Fermentes" zerlegen und assimilieren. Diese Stoffe, deren Wirkung sich Pfaundler und Moro wie die von Komplement und Ambozeptor vorstellen, passen offenbar nicht immer auf das artfremde Milcheiweißmolekül, das dann nicht aufgenommen werden, ja sogar direkt toxisch wirken kann. Die arteigene Milch enthält hingegen nach Pfaundler selbst solche Nutzstoffe in beträchtlicher Menge. Kinder, die selbst solche Nutzstoffe nicht in ausreichender Menge besitzen und denen sie mangels arteigener Milch in der artfremden Milch nicht zugeführt werden, verfallen einem Zustand der Atrophie, der von Pfaundler „Heterodystrophie" oder „Heterotrophie" genannt wird. Diesem Zustand verfällt natürlich auch der Darmkanal. Pfaundler faßt die Erkrankung dieses Organsystems nicht als Ursache, sondern als Folge der Störung im Gesamtorganismus auf.

Frey, Pfaundler und Moro war es aber nicht gelungen, in der Frauenmilch Komplement zu finden, wogegen dieses in anderen Milcharten regelmäßig anzutreffen ist: erst in Nummer 20 der Münchener med. Wochenschrift, 1908, teilen die beiden letztgenannten Autoren mit, daß es ihnen mittlerweile gelungen ist, diese Lücke in ihren Forschungen auszufüllen.

Moro und Heimann konnten hingegen schon im vergangenen Jahre bei Brustkindern einen höheren Komplementbestand im Blutserum nachweisen als bei Flaschenkindern. Zu demselben Resultat führten Heinemanns Tierversuche.

Moro hat außerdem bakteriolytische Alexine in rohen Milchsorten gefunden.

Der opsonische Index der Frauenmilch ist nach Turton und Appleton nur gering.

Potpeschnigg erwärmte Frauenmilch auf 60°, um die von Pfaundler gefundenen Nutzstoffe der Milch dadurch zu zerstören. Kinder mußten mit solcher denaturierter Milch weniger gut gedeihen als mit nativer. Die Versuche fielen negativ aus, weil die zum Versuch gewählten Kinder in ihrem Körper offenbar schon einen genügenden Vorrat solcher Nutzstoffe besaßen, denn sie gediehen bei Kuhmilchernährung auch vortrefflich.

Statistisches über Stillfähigkeit, Propaganda, Kontraindikationen gegen das Selbststillen. Was die Stillfähigkeit anbelangt, sind die Meinungen der Autoren darüber, ob eine Abnahme der Fähigkeit tatsächlich vorhanden und wie dieselbe zu erklären sei, nach wie vor sehr geteilt.

Allen voran erklärt Bunge, dessen bekannte Broschüre wieder eine neue Auflage erlebt hat, an der Hand seines erweiterten statistischen Materiales, daß die Zunahme der Unfähigkeit eine rapide und irreparable ist. Daß tatsächlich heute weniger gestillt wird als früher, geben auch seine Gegner zu, nur erklären sie diese Tatsache zumeist in anderer Weise. Ziegenspeck schließt sich mit dem Nachweis, daß die Unfähigkeit oft auf Degeneration der Brustdrüse beruhe, den Bungeschen Ausführungen an, ohne jedoch zu der Beweisführung Bunges Stellung zu nehmen, daß die Degeneration des ganzen Körpers und der Brustdrüse durch Alkoholismus der Ascendenten herbeigeführt sei. Zander spricht von erworbener und weiterhin vererbter Inaktivitätsatrophie.

Nach Neumann ist der Rückgang des Stillens weder sozial noch physisch begründet, es kommt einfach aus der Mode. Der Rückgang hält noch an.

Hueppe hält die Behauptung der Abnahme der Stillfähigkeit für strittig und unerwiesen. Bachmann meint, daß nicht völlige Unfähigkeit, sondern das baldige Verschwinden der Milch nach Wochen oder Monaten das häufigere ist. Finkler gibt die Abnahme der Fähigkeit zu, hält sie aber gemäß den von ihm früher besprochenen Ursachen im Gegensatz zu Bunge nicht für irreparabel.

Die zahlenmäßigen Nachweise über die Häufigkeit des Nichtstillens haben nach Baron und Prinzing wenig Wert, da die gewählten Methoden nicht einheitlich und einwandfrei sind und die Forderungen der einzelnen Autoren nicht gleich hochgestellt werden. Bunge z. B. erklärt jede Frau für unfähig, die nicht jedes ihrer Kinder durch 9 Monate allein gestillt hat. Da ist es nicht verwunderlich, wenn er unter 2151 Frauen nur 744 findet, die diesen Anforderungen entsprochen haben.

Sehr günstig liegen die Verhältnisse in Budapest. Flesch und Schoßberger berichten über 65·38% Kinder, die 6 Monate ausschließlich Muttermilch bekommen haben. Gar nicht gestillt wurden 5·04% (dagegen Berlin 55·2—33·2%, München 35·8%, Leipzig 55·7%, Magdeburg 74·6—64·1%). Zander fand unter den Wöchnerinnen der Münchener Klinik 92·1%, die ihre Kinder durch 7 Tage stillen konnten, und meint, daß durch den Zustand der Brüste die Erwartung gerechtfertigt sei, daß sie es auch weiterhin könnten (? Ref.). Von den Unfähigen war bei einem Viertel Milchmangel der Grund dafür. Die Unfähigkeit hat in 12 Jahren nur um 0·5% zugenommen. Thorn brachte im neuen Säuglingsheim zu Magdeburg 90% der Mütter zum Stillen, während auswärts von 1000 Frauen 42% den Versuch gar nicht gemacht haben und nur 41% länger als ein Vierteljahr gestillt haben. Auch Salge erwartet, daß man mit entsprechender Geduld den Prozentsatz der Stillfähigen auf 90% hinauftreiben kann. Neumann meint, daß 70—80% der Mütter ihre Kinder stillen könnten, wenn sie wollten. Aber gerade in den Kreisen des Mittelstandes ist die Neigung der Frauen dazu wenig verbreitet. Von Frauen, die mit ihrer Familie vier und mehr Zimmer bewohnen, stillen nach seinen Erhebungen nur 30%.

Friedjung glaubt die Folge des Nichtstillens durch Ausfragen von Mitgliedern eines Turnvereines anschaulich machen zu können. Unter den guten Turnern waren 72%, unter den mittelmäßigen 66% und unter den schlechten 57% Brustkinder. Die guten Turner wurden 9—10 Monate, die mittelmäßigen und schlechten nur 3 Monate gestillt.

Angesichts der großen Widersprüche in den Angaben ist Barons und Prinzings Rat zu beherzigen, in der Methode einheitlich vorzugehen und anläßlich der Volkszählungen Erhebungen über die Häufigkeit des Selbststillens anzustellen.

Zur Propaganda will Baron Hebammen heranziehen, die mit Prämien für gute Erfolge zu beteilen wären. Die Mütter sollen durch Merkblätter unterrichtet und durch Stillprämien (Geld ist das beste Laktagogon) angefeuert werden. Salge berichtet über gute Erfolge der Stillprämien, die bei gemischter Ernährung nicht entzogen, sondern der Menge der verfütterten Kuhmilch entsprechend herabgesetzt werden sollen. Auch Thorn redet einer weitgehenden Propaganda das Wort. Diesem Zwecke dient auch eine volkstümliche Broschüre von Neter, die sich hauptsächlich an die Mütter wendet.

Für die Behebung des erblichen Übels hat Bunge nur ein Mittel, nämlich die hereditär Unfähigen und deren Deszendenten von der Fortpflanzung auszuschließen, während Ziegenspeck von einer rationellen Kreuzung gute Erfolge erwartet. Finkler und Neumann hoffen gemäß ihrer Auffassung der Sachlage von guter Ernährung der Mütter eine Besserung.

Im Einklang mit den Bemühungen, das Stillen wieder zur allgemeinen Sitte zu machen, steht die wesentliche Beschränkung der Kontraindikationen. Daß zum Beispiel Schloßmann selbst Tuberkulösen das Stillen empfiehlt, mag als außerhalb des referierten Zeitabschnittes gelegen der Vollständigkeit halber nur erwähnt sein. Le Roux läßt entgegen früheren Ansichten Herzkranke nur dann nicht stillen, wenn Kompensationsstörungen bestehen. Japha rät, abzustillen, wenn die Mutter abnimmt und das Kind nicht zunimmt. Biedert verlangt auch von der schwächsten Frau, daß sie ihr Kind wenigstens mit Beinahrung stille. Auch Neumann sieht in der Schwäche der Mutter nur einen Grund, diese zu bekämpfen, nicht aber das Kind abzustillen. Tuberkulöse dürfen nur dann nicht stillen, wenn das Leiden progredient ist. Wie weit Entzündungen der Brustdrüse als Gegengrund gegen das Stillen betrachtet werden, soll im folgenden erörtert werden.

Mastitis, Stilltechnik. Die Prophylaxe der Mastitis besteht in Sauberkeit und Abhärtung der Mamillae. Neumann verurteilt Wasserwaschungen, weil sie die Haut mazerieren, und empfiehlt, die Warzen nach dem Trinken mit Alkohol abzuwaschen. Heinsius und Lissauer wollen jede Waschung vermieden wissen. Bauer reinigt die Warzen vor dem Trinken mit Alkohol und empfiehlt häufige Seifenwaschung der ganzen Mammae auch schon in der Schwangerschaft. Nach dem Trinken wird die Warze mit $^1/_2$%iger Sublimatlösung abgewaschen.

Zacharias läßt die Brust schon in der Schwangerschaft mit kaltem Wasser waschen und die Warzen mit 10%igem Tanninalkohol bepinseln. Nach der Entbindung ist die Brust vollständig zu desinfizieren und mit einem Tuch zu bedecken.

Das Auswaschen des kindlichen Mundes wird von Heinsius und Lissauer sowie Bauer und Reinhardt in der Diskussion zu Bauers Vortrag verurteilt, weil durch das Reiben das Epithel der Mundschleimhaut, der natürliche Schutz gegen Bakterienwachstum, vernichtet wird.

Über den Wert von Saughütchen beim Stillen oder Überziehen der Warze mit Gaudanin als Prophylaktikum gegen Mastitis sind die Ansichten geteilt. Kermauner erblickt in der Anwendung der Saughütchen keinen Vorteil. Zacharias benutzte sie nur bei endemischer Masititis, hat sie aber wegen geringer Zunahme der Kinder wieder aufgegeben. Hofmeier bemerkt in der Diskussion zu dessen Vortrag, daß er

die geringe Gewichtszunahme der Kinder gern in Kauf nimmt, wenn der Mutter daraus nur ein Nutzen erwächst. Menge hält die Saughütchen in derselben Diskussion insoferne für schädlich, als die Warze verwöhnt und dann beim Stillen ohne Hütchen außerhalb der Anstalt leichter verletzt wird. Riemann hat durch Überziehen der Brustwarzen mit Gaudanin keinen Einfluß auf die Häufigkeit von Mastitiden gesehen, entgegen den Erfahrungen an der Tübinger Klinik.

Über gute und zum Teil sehr gute Erfolge mit der Bierschen Saugbehandlung bei Mastitis berichten an der Hand eines mehr oder minder großen Materiales Paul, Heinsius und Lissauer, Hartmann, Heil, Bauer, Zacharias, Stiassny und Sauer. Grundbedingung für den Erfolg ist richtige Technik entsprechend den Angaben Biers: täglich eine Sitzung 3—4—5mal Saugen durch je 5 Minuten mit Pausen von 3—5 Minuten. Sofortiger Beginn, später ist der Erfolg unsicher (Berndt, Diskussion zu Bauer u. a.). Der Hauptvorzug liegt darin, daß man mit kleinen Inzisionen weniger Parenchym schädigt und ein besseres kosmetisches Resultat erzielt, und ferner darin, daß die Heilungsdauer wesentlich abgekürzt wird. Beginnende Mastitiden gehen häufig zurück. Dagegen bemerkt Sarwey in der Diskussion zu Bauers Vortrag, daß man bisher auch mit anderen Methoden Entzündungen zur Aufsaugung gebracht habe, es somit schwer zu beurteilen sei, was die Saugbehandlung den alten antiphlogistischen Methoden voraus habe. Stiassny erblickt in der Saugbehandlung kein Allheilmittel gegen Mastitis, sondern eine wertvolle Ergänzung unserer technischen Behelfe bei Behandlung der Krankheit.

Hartmann hat im Gegensatz zu Heil und Bauer die Erfahrung gemacht, daß bei Mastitis die Milchsekretion immer versiegt und läßt die Kinder an der kranken Brust nicht trinken. Heinsius und Lissauer beobachteten nur Verringerung der Milchsekretion; sie lassen die Kinder nur im Anfang der Erkrankung nicht trinken, während Bauer und Heil das Stillen empfehlen, so lange der Milch nicht Eiter beigemischt ist.

Samuel beschreibt für kranke Brüste ein Verbandtuch, das im wesentlichen ein Jäckchen ist, das durch gekreuzte Bänder festgehalten wird. Kaupe beschreibt eine Milchpumpe für Flachwarzen, die den Vorzug der Auskochbarkeit besitzt.

Vereinsberichte.

LXXX. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Gynaekologische Sektion.

(Bericht, erstattet von Dr. W. Fischer, Bonn.)

Montag den 21. September 1908.

Thema: Über die Bettruhe bei Laparotomierten und Wöchnerinnen. Vortragende: Werth (Bonn), Krönig (Freiburg). Diskussion: Holzapfel, Zurhelle, Sellheim, Fritsch, Hofmeier, Henkel, Opitz, Fehling, Veit, Latzko, Aschoff.

Werth (Bonn): Wie lange soll man Laparotomierte und Wöchnerinnen Bettruhe beobachten lassen?

Werth bezweckt mit seinem Auftreten, nur zu einem Meinungsaustausch über die Nachbehandlung nach Geburt und Laparotomie und zur Vorlegung weiterer Erfahrungen mit der Übertragung bewegungstherapeutischer Gesichtspunkte auf dieses Gebiet anzuregen. Er verspricht sich von der in diesem Sinne gestalteten Wochenpflege eine Verbesserung der Wochenbetts- und auch der postpuerperalen Morbidität durch Sel-

tenerwerden der nach seinen Erfahrungen ziemlich häufigen Sekundärinfektion im Wochenbette, welche auf einer aszendierenden Entwicklung von entweder schon in den unteren Wegen vorhandenen oder erst im Wochenbette an dieselben herangebrachten Keimen in der stagnierenden Lochialflüssigkeit beruht. Die bisher übliche Ruhigstellung der im Bett gehaltenen Wöchnerinnen begünstigt die Stauung des Lochialsekretes und ermöglicht damit dessen zum Uterus aufsteigende Keimbesiedlung, während umgekehrt frühe Bewegungen und Veränderungen der Körperhaltung, zumal frühes Aufstehen, freien Abfluß der Lochien sichern und damit der Infektion den Boden entziehen. Der Übertragung des neuen Regimes auf die außerklinische Wochenpflege stehen nach Ansicht des Vortragenden aber Schwierigkeiten und Bedenken gegenüber, welche teils in der Notwendigkeit einer sachverständigen Anleitung zu den anzustellenden Bewegungsübungen und einer besonders sorgfältigen, nur dem Arzte möglichen Überwachung des nach der aktiven Methode geleiteten Wochenbettsverlaufes, teils darin begründet erscheinen, daß in der Hebammenpraxis eine mißbräuchliche Anwendung der den Entbundenen gestatteten Bewegungsfreiheit seitens dieser nicht ausbleiben und zum Schaden der Wöchnerin ausschlagen würde.

Für die Bewertung des neuen aktiven Verfahrens in der Nachbehandlung der Laparotomierten wird es nach Ansicht des Vortragenden von besonderer Bedeutung sein, ob sich dessen Überlegenheit in der Verhütung postoperativer Thrombosen und Embolien herausstellt, weil diese Vorkommnisse für die Morbidität und Mortalität nach aseptisch durchgeführten Bauchoperationen eine maßgebende Bedeutung beanspruchen können.

Die bisher vorliegenden Daten genügen nicht zu einer Entscheidung, welche erst auf breitester statistischer Grundlage gefällt werden kann.

Theoretisch erscheint die Verwertung schon früher begonnener methodischer Bewegung als wirksames Gegengewicht gegen die Stromverlangsamung in den venösen Blutbahnen der unteren Körperregion, welche durch Schwäche der zentralen Triebkraft und lokale Hemmungen des venösen Blutlaufes hervorgerufen werden kann und der mindestens die Bedeutung einer Hilfsursache für das Auftreten postoperativer Venenthrombose zuzusprechen ist.

Zum Schlusse weist der Vortragende auf die Gefahr hin, daß die aktive Nachbehandlung zu einer für das spätere Ergehen der Operierten unter Umständen bedenklichen Abkürzung der Hospitalsbehandlung Anlaß geben könnte, und stellt die Forderung auf, daß in dieser Beziehung mit der bisherigen Praxis, die Kranken unter Beobachtung zu halten, bis die Möglichkeit späterer Störungen des Heilungsverlaufes ausgeschlossen ist, nicht gebrochen werde.

Krönig (Freiburg): Weitere Erfahrungen über das Frühaufstehen der Wöchnerinnen und Laparotomierten.

Herr Krönig berichtet über weitere Erfahrungen mit dem Frühaufstehen der Wöchnerinnen und Laparotomierten. Die Anzahl der Fälle erstreckt sich heute auf zirka 1417 Wöchnerinnen und 496 Laparotomierte. Der Prozentsatz der am ersten Tage post partum oder post operationem aufstehenden Frauen hat sich mit dem zunehmenden Vertrauen auf diese Methode bei dem Laienpublikum gegen früher ganz wesentlich erhöht. Unter den letzten 200 Laparotomierten hat etwas über 80% am ersten Tage post operationem das Bett verlassen und 95% bis zum dritten Tage. Unter 200 Wöchnerinnen (operierte und nicht operierte) haben 83% am ersten Tage das Bett verlassen. Die Resultate sind nach wie vor äußerst günstige, sicherlich weit besser als mit der alten Methode. Bei 918 am ersten Tage des Wochenbettes aufgestandenen Wöchnerinnen war mit Einschluß der operierten eine Morbidität — d. h. eine einmalige Temperatursteigerung über 38·1 — nur in 6·2% der Fälle zu konstatieren, bei den spontan entbundenen sogar nur eine Morbidität von 4·3%; gestorben ist keine Wöchnerin. Unter den letzten 200 Laparotomien, bei welchen ein so hoher Prozentsatz der früh aufgestandenen Frauen erreicht wurde, betrug die Mortalität bei den bis zum dritten Tage aufgestandenen Frauen 0%. Den Befürchtungen anderer Autoren gegenüber, daß Thrombosen und vor allem Embolien sich durch das Frühaufstehen häufen würden, kann Krönig jetzt die Erfahrungen von zirka 3000 Fällen gegenüberstellen. Denn die frühere Zahl erhöht sich noch dadurch, daß seit einem Jahre auch Prolapsoperationen am ersten Tage post operationem außer Bett gebracht wurden. Bei diesen 3000 Fällen ist mit Ausnahme des einen Falles von syphilitischer Endokarditis

der schon früher erwähnt wurde, kein Fall von Embolie vorgekommen. Im Frühaufstehen müssen wir den wirksamsten Schutz gegen Thrombose und Embolie erkennen. Unter den 200 Laparotomierten, welche bis zum dritten Tage das Bett verließen, ist ein Fall von Thrombose der Schenkelvene zu verzeichnen; dieser Fall gehört aber insofern nicht direkt hierher, als die Frau sich wegen Kopfschmerzen am vierten Tage post operationem wieder ins Bett legte. Die Thrombose trat 4 Tage später auf. Während die Zahl der Thrombosen im Wochenbett in Freiburg früher relativ häufig waren, ist unter den letzten 1000 Fällen nicht ein einziger Fall mehr zu verzeichnen. Es deckt sich diese Erfahrung mit den Anschauungen über die Entstehung der Thrombosen. Auch die weiteren Hoffnungen, welche an das Verfahren geknüpft sind — Einschränkung der postoperativen Bronchitiden, Einschränkung des postoperativen Ileus — haben sich in allen Punkten bei weiteren Erfahrungen bestätigt.

Die angeblichen Gefahren des Frühaufstehens der Wöchnerinnen und Laparotomierten haben sich bei dem erweiterten Materiale wiederum als haltlos erwiesen. Die Rückbildung der Genitalien post partum ist, wie schon Küstner hervorgehoben hat, eine entschieden bessere als bei längerer Bettruhe. Eine Gefahr des Wiederaufplatzens der Bauchhöhle nach Laparotomien liegt nicht vor, da bisher wenigstens noch kein Fall publiziert ist. Um uns von der Narbenfestigkeit zu überzeugen, haben wir die am ersten Tage post laparotomiam aufgestandenen Frauen nachkontrolliert. Unter 76 Laparotomierten, die über ein Jahr beobachtet sind, hat sich bisher keine einzige Hernie gezeigt.

Zum Schlusse hebt Herr Krönig noch einmal hervor, daß besonders bei vorher stark entbluteten Frauen, bei Myomkranken usw. das Frühaufstehen von Bedeutung ist. Es geschieht dies deshalb, weil Küstner und Pfannenstiel hierin noch eine Kontraindikation gegen das Frühaufstehen erblicken.

I. Holzapfel (Kiel) beleuchtet das Frühaufstehen von Wöchnerinnen von verschiedenen Gesichtspunkten aus:

1. Von seiten der Asepsis liegen keine Schwierigkeiten vor.
2. Wird das Wohlbehagen der Wöchnerinnen gefördert, allerdings ist die Auswahl, wer aufstehen soll oder nicht, oft nicht leicht.
3. Die Rückbildung des Uterus ist eine schnellere und das ist ein Vorteil. In der aufrechten Lage tritt eine stärkere Anteversionsstellung ein.
4. Der Hängebauch wird vermieden durch Stütze der Bauchdecken (Binde) sofort nach der Geburt.

Sofort nach der Geburt Bewegungen im Bett. Gymnastik nicht zu früh, erst wenn die Frau schon aufgestanden ist.

Für abschließendes Urteil betreffs Frühaufstehen nach Laparotomien hat Redner nicht genügend Material; im allgemeinen verfährt er wie bei Wöchnerinnen.

II. Zurhelle (Bonn): An der Bonner Klinik sind gute Resultate aufzuweisen, keine Insuffizienz der Narbe auch bei Längsschnitten. Seit $1^1/_2$ Jahren kein Todesfall, zwei leichte Fälle von Thrombose.

Im Gegensatz zur Ansicht der Kieler Klinik hält er das Frühaufstehen gerade bei ausgebluteten Patientinnen (Myom) für angebracht, auch nach Alexander-Adamsscher Operation, ferner zur Verhütung der postoperativen Magendilatation und des postoperativen Ileus.

Kontraindikation: Höheres Fieber, bereits vorhandene Zirkulationsstörungen, entzündliche Adnextumoren, Kopfschmerzen nach Rückenmarksanästhesie.

III. Herr Sellheim (Tübingen) berichtet von 215 seiner in den letzten $^3/_4$ Jahren ausgeführten schweren Laparotomien, die meistens am ersten Tage nach der Operation aufgestanden sind. Durchschnittlich verließen alle spätestens nach $2^1/_2$ Tagen das Bett. Ganz alte Frauen wurden unter Umständen, z. B. bei bestehender Bronchitis, auch schon am Tage der Operation stundenweise außer Bett gebracht. Es wurde bei fast allen Laparotomien der Pfannenstielsche Querschnitt in Rückenmarksanästhesie angewendet. Durchschnittlich wurden die Laparotomierten erst am 21. Tage entlassen, weil in den meisten Fällen ein die Wundheilung überdauernder Aufenthalt in der Klinik für den durch das ursprüngliche Leiden geschwächten Allgemeinzustand erforderlich ist.

Von den 215 Operierten sind gestorben 5 nach Freund-Wertheimscher Operation; dreimal traten Schenkelvenenthrombosen nach Myomen ein.

Von Wöchnerinnen standen 142 (operierte und nicht operierte, erst- und mehrgebärende) am 1.—5. Tage zum ersten Male auf. 5 = 3·5% mußten das Bett wieder aufsuchen, also eine totale Morbidität (Temperatur über 38 im Rektum) von 3·5%. Entlassung erfolgte bei 110 am 5.—10. Tage = 77·75%. Mängel beim Entlassungsbefund: Retroflexio 6 = 4·2%; Descensus uteri 3 = 2·10%; Subinvolutio 10 = 7·05; schlaffe Bauchdecken 49 = 34·54%.

Sellheim hat weder bei den Operierten noch bei den Wöchnerinnen vom Frühaufstehen irgend einen Schaden gesehen, ist vielmehr mit den Resultaten in jeder Beziehung zufrieden. Daß man natürlich mit Gewalt niemand, besonders jemand, dem aus anderen Gründen die Bettruhe wohltut, aus dem Bett jagt, ist selbstverständlich.

IV. Herr Fritsch (Bonn) hält die Krönigschen Vorschriften für enorm wichtig und betont, daß das Frühaufstehen kein aktives Aufstehen, sondern ein vorsichtiges „Außerbettbringen" sei. Er empfiehlt die Befolgung warm auf Grund der Erfahrungen in der Bonner Klinik. Seit der Anwendung dort kein Todesfall, kein Ileus.

Er wendet den Pfannenstielschen Querschnitt auch an, wenn er jedoch schneller mit dem Längsschnitt fertig werden kann, den letzteren. Was die beim Längsschnitt gefürchtete Hernienbildung anbetrifft, so hängt dieselbe nicht von der Schnittführung, sondern von der Naht ab.

V. Herr Hofmeier (Würzburg) will die Wöchnerinnen, zumal der arbeitenden Klasse, nicht zu früh aus dem Bett wissen. Denn wer hätte bisher einen Schaden davon gesehen, wenn die Wöchnerin ihre 7 Tage Bettruhe pflegte; dagegen bekäme die Frau der arbeitenden Klasse bei zu frühem Aufstehen, und das heißt für sie Aufnahme der Arbeit, viel leichter ihren Prolaps. Die Thrombosen bei Wöchnerinnen sind im wesentlichen infektiöser Natur.

Frühes Aufstehen billigt er bei ausgebluteten Frauen infolge Myoms.

VI. Herr Henkel (Greifswald) ist bei seinem gynaekologischen Material mit dem Frühaufstehen sehr zufrieden, auch den Wöchnerinnen hat es nicht geschadet. Nur wenn Streptokokken im Lochialsekret nachgewiesen sind, läßt er die Frau zu Bett.

Bezüglich der Erfolge nach Operationen hält er die Vorschrift des Frühaufstehens direkt für eine Tat. Jedoch nur nach rein aseptischen Operationen läßt er früh aufstehen. Von 70 Fällen kein Todesfall, keine Thrombose. Dicke Frauen läßt er besonders früh aufstehen, auch mit Dekubitus behaftete. Selbstverständlich werden Laparotomierte nicht vor dem 21. Tage entlassen. Er empfiehlt noch, vor Myomoperationen Digalen zu geben, im allgemeinen Pfannenstielschen Querschnitt.

VII. Herr Opitz (Düsseldorf) bekennt sich als Anhänger des frühen Aufstehen bei Wöchnerinnen seit seiner Assistentenzeit bei Küstner. Er versteht darunter ein Verlassen des Bettes in den ersten 3 Tagen nach der Geburt, das in den meisten Fällen noch durch gymnastische Übungen nach dem Vorgange Krönigs ergänzt wird. Er schließt jedoch alle Frauen aus mit Fieber, Placenta praevia, genähten Dammrissen. Von 200 in den ersten 6 Tagen des Wochenbettes aufgestandenen Frauen mußten 62 für einige Tage wieder das Bett aufsuchen, eine große Zahl davon wegen Temperatursteigerungen, die meist nicht auf die Puerperalvorgänge, sondern auf andere Ursachen: Erkältungskrankheiten etc. zurückzuführen waren.

Bemerkenswert ist das Verhalten des Pulses, eine Verlangsamung des Pulses unter 70 Schläge wurde überhaupt nicht beobachtet. Dagegen war auffallend, daß nicht selten sehr hohe Pulssteigerungen vorkamen, bis 150 pro Minute, ohne daß Fieber oder große Blutverluste verantwortlich gemacht werden konnten. Eine Erklärung steht noch aus. Skopolaminanwendung ist auch nicht verantwortlich zu machen.

Er empfiehlt daher Vorsicht in der Auswahl der Wöchnerinnen.

VIII. Herr Fehling (Straßburg) weist auf die Gefahren des Frühaufstehens hin. Bei 7000 Geburten einschließlich Aborten hat er nur fünf Thrombophlebitiden der Femoralis, vier Thrombosen der Beckenvenen gesehen.

Seine Wöchnerinnen sitzen alle frühzeitig im Bett, stehen am 7. Tage auf und werden am 9. Tage entlassen. Sie fühlen sich sehr wohl dabei. Der erzieherische Eindruck des Frühaufstehens ist gefährlich. Bei den praktischen Ärzten und insbesondere beim Hebammenunterricht werden große Schwierigkeiten entstehen. Vor Laparotomien hält er Kräftigung des Herzens für sehr wichtig. Viele kommen mit Thrombosen in die Klinik, die erst geheilt werden müssen.

IX. Herr Veit (Halle) hält unter allen Umständen Thrombose und Embolie für Folge einer Infektion und glaubt deshalb, daß auf Verschärfung der Asepsis mehr Wert gelegt werden müßte als auf das mechanische Moment des Aufstehens.

Er weist auf die Arbeit von Fromme „Experimentelles über die Entstehung der Thrombose" hin.

X. Latzko (Wien). Ich halte gleich Herrn Veit die Thrombose für eine septische Erkrankung. Bei allen Beinthrombosen im Wochenbett ließ sich an meiner Abteilung der Ausgangspunkt in Form von tastbaren, offenbar septischen Thrombophlebitiden des Hypogastrikagebietes nachweisen.

Ich lasse zwar Schweroperierte möglichst früh aufstehen, wenn ich spontane Blasenentleerung erzielen will, doch kann ich nicht verhehlen, daß gleich mein erster Fall an Thrombosis cruris erkrankte. Der Umstand, daß nach Frühaufstehen jetzt schon mehrere derartige Fälle berichtet sind, gibt zu denken in Anbetracht dessen, daß auch nach spätem Aufstehen Thrombosen selten geworden sind.

Daß durch das Frühaufstehen nach Laparotomie Ileus, speziell Duodenalverschluß verhindert werden soll, erscheint unwahrscheinlich. Lageveränderung, u. zw. Bauchlage, eventuell

Beckenhochlagerung sind allerdings von Schnitzler als ebenso einfache als wirksame Therapie des arterio-mesenterialen Darmverschlusses empfohlen worden. Die aufrechte Körperhaltung ist aber gerade das Gegenteil von Beckenhochlagerung. Überdies habe ich einen Fall beobachtet, der am dritten Tage nach schwerer Laparotomie aufgestanden, erst am fünften Tage an duodenalem Ileus erkrankte und mit Mühe gerettet wurde. Behauptungen wie die früher erwähnte, für die jeder Beweis aussteht, sollten nicht als bewiesen hingestellt werden.

Ein Punkt, den Opitz erwähnt hat, verdient nach meiner Erfahrung besondere Beachtung. Wenn Infektion stattgefunden hat, kann das Frühaufstehen eventuell schwere Konsequenzen nach sich ziehen. Ich sehe jedes Jahr mehrere Fälle, in denen scheinbar geheilte Puerperalprozesse entlassen und ehestens mit Peritonitis wieder eingeliefert werden. Ich zweifle nicht an dem Zusammenhang zwischen Entlassung und neuerlicher Erkrankung in solchen Fällen.

XI. Herr Aschoff (Marburg) beleuchtet die Frage der Thrombosenbildung vom pathologisch-anatomischen Standpunkt aus. Er kennt septische Thrombosen nur als lokale Thrombosen, z. B. bei Otitis media, septischer Endometritis und solchen an Amputationsstümpfen. Hier kann man Eitererreger und Fibrin nachweisen. Bei den postoperativen Thrombosen der Uterinvenen sind keine Eitererreger zu finden. Es gibt keine durch Toxine bedingte Koagulationsthrombose, die etwa zu leichterer Fibringerinnung des Blutes führt. Eine Intoxikation würde sich nur in einer Schwächung der Herzkraft geltend machen, die dann mechanisch zur Verringerung des Blutdruckes und Verlangsamung der Zirkulation führt. Die postoperativen Thrombosen und Embolien sind viel eher mechanisch zu erklären, u. zw. gibt es gewisse Prädilektionsstellen, an denen infolge von Stromverlangsamung Konglomerate von Blutplättchen hängen bleiben, u. zw. kommt dabei vor allem die Vena femoralis in Betracht, an der Venenklappe unterhalb des Poupartschen Bandes. Diese Konglomerate entstammen häufig dem Venengebiet der Saphena, werden von hier bis an die Venenklappe der Femoralis geschwemmt und führen dort, wenn sie liegen bleiben, zur Thrombose; wenn sie weiter in den Kreislauf gelangen, zur Embolie. Weitere Prädilektionsstellen sind in der Tiefe des kleinen Beckens die Venae hypogastricae.

Dienstag den 22. September 1908.

Thema: Fixierende Operationen bei Lageabweichung von Uterus und Vagina. Vortragende: Fehling, Cramer, Mayer, H. W. Freund.

Fehling (Straßburg): Indikationen für fixierende Operationen bei Lageveränderung von Uterus und Scheide.

1. Was fixierende Operationen bei Rückwärtslagerung der Gebärmutter betrifft, so betone ich, daß ich völlig auf dem Standpunkt stehe, daß eine Rückwärtsbeugung nur dann behandelt werden soll, wenn sie Symptome macht. Nun kommen natürlich eigentlich nur die Kranken zu uns, welche Symptome von seiten der Rückwärtslagerung haben. Ich bin nun ganz dagegen, bei jungen Mädchen und Frauen hier sofort eine Ringbehandlung einzuleiten. Es empfiehlt sich, zunächst nur symptomatisch zu behandeln, außerdem allgemeine Kräftigung des Körpers durch Massage, Gymnastik, Turnen, tonisierende Medikamente etc. Die Ringbehandlung bei jungen Mädchen und jungen Frauen ist womöglich ganz zu meiden; sie ist meist nur unnütze Quälerei und schadet durch Hervorbringen von Katarrhen und sexuellen Reizen. Ist in solchen Fällen lokale Behandlung nötig, dann empfehle ich ganz besonders die Alexander-Adamssche Operation, die absolut ungefährlich und sehr sicher ist. Ich habe nur 5% Rezidive gesehen und diese zum Teil selbst verschuldet, weil ich die Grenzen eine Zeit lang etwas weiter zog. Unter mehr als 200 Fällen haben wir 40 Entbindungen gesehen; keine machte irgendwelche Störung und nur einmal trat wieder ein Rezidiv ein, was sich durch den Ring leicht beseitigen ließ. Dagegen empfehle ich für die Behandlung der frischen puerperalen Retroflexionen die Ringbehandlung; unter Umständen selbst mehrere Jahre lang und nur wenn absolut keine Heilung eintreten will oder die Patientin der Ringe überdrüssig wird, geht man auch hier zur Alexander-Adamsschen Operation über. Dagegen möchte ich sehr warnen, bei diesen jungen Personen mit mobiler Retroflexion den Bauchschnitt zur Fixierung auszuführen, was noch viel zu häufig geschieht. Bauchschnitt mit nachfolgender Ventrofixation paßt nur bei fixierter Retroflexion und indirekter Fixation durch kranke Adnexe. Zu warnen ist hier vor Zerreißung der Adhäsionen im Dunkeln, aber ebenso vor Kolpotomie, da leicht Darmverletzungen entstehen können. Die Vagino- oder Vesikofixation verwerfe ich für die Behandlung der reinen Retroflexion vollständig. Ist der Bauchschnitt gemacht, dann kann man sowohl Ventrofixation als Verkürzung der Ligamenta rotunda vornehmen oder beides zu-

sammen. Verkürzung der Ligamente vom Scheidenschnitt ist bei jungen Personen ebenso zu verwerfen, damit keine Scheidennarben entstehen.

2. Ein weit größeres Gebiet haben die fixierenden Operationen bei Senkung und Vorfall der Scheide und des Uterus. Selbstverständlich wird man auf fixierende Operationen bei einer Insuffizienz des Schlußapparates verzichten; bei ganz frischen Senkungen im Wochenbett tut der Hausarzt gut, zunächst Ringe und adstringierende Ausspülungen zu versuchen. Manche Senkungen können dadurch gebessert werden. Es ist auch nicht zweckmäßig, zu früh zu operieren, weil jede weitere Geburt das Operationsresultat trübt. Ist aber einmal Senkung und Rückwärtslagerung der Gebärmutter mit Vaginalprolaps verbunden, dann muß auch hier der Uterus fixiert werden. Für die leichteren Fälle paßt auch hier die Alexander-Adamssche Operation. Zu warnen ist bei diesen Fällen vor subvaginaler Exzision des Kollums, wie sie früher von Kaltenbach geübt wurde, da dadurch die Blase völlig ihren Halt verliert. Nur die infravaginale Hypertrophie der Portio muß operativ beseitigt werden; die Elongation des Kollums schwindet nach fixierender Operation mehr oder minder von selber. Für die schweren Gebärmuttervorfälle mit starker Vergrößerung des Organs und Verlängerung des Halses steht zur Wahl die Ventrofixation oder die Vesikofixation, beide zusammen mit Scheiden verengenden Operationen. Im ganzen ist hier dem individuellen Ermessen des Operateurs Spielraum gelassen. Für große Uteri, besonders auch jüngerer Frauen, ziehe ich Ventrofixation vor; ist die Frau nahe dem Klimakterium und ist der Uterus nicht sehr groß, dann Vesikofixation nach Schauta oder Wertheim mit Sterilisierung der Tuben. Beide geben recht gute Resultate. Die Totalexstirpation des ganzen Prolapses paßt wesentlich nur für die großen Vorfälle älterer Frauen mit kleinem Uterus, da zumal im Klimakterium die Fixation des Uterus doch nicht genügenden Halt gibt. Allerdings sind die Resultate hier nicht glänzend und man kann manchmal zufrieden sein, die zurückbleibende Senkung der vorderen Wand und Blase danach durch einen Schalenpessar zu stützen.

Cramer (Bonn): Variationen moderner Prolapsoperationen.

Vortragender berichtet über die Gestaltung der vaginalen Interposition aus einem Material von 100 Prolapsoperationen. Die beste Schnittführung ist der ⊥ Schnitt; vollkommene Deckung des interponierten Uterus ist grundsätzlich anzustreben. Bei der Resektion der vorderen Vaginalschleimhaut ist besonderer Wert auf die Verengung des Scheidengewölbes zu legen. Vortragender exzidiert deshalb ein gleichschenkliges Dreieck, dessen Spitze am Harnröhrenwulst gelegen ist, dessen Basis durch den Querschnitt an der Portio gegeben ist. Beim Schluß der vorderen Scheidenwunde sollen die Ligamenta cardinalia mitgefaßt werden. Jeder Interposition ist die Curettage vorauszuschicken. Bei Erkrankungen oder funktionellen Störungen der Uterusmukosa ist die Exzision der Schleimhaut von einem queren Fundalschnitt aus oder mit gleichzeitiger Resektion eines Teils der Uterussubstanz auszuführen. Die Rekonvaleszenz nach diesem Eingriff ist fast stets fieberhaft, da Wundflächen geschaffen werden, die mit den Parametrien breit kommunizieren. Ein besseres Verfahren ist deshalb die quere Amputation des Uterus. Die Portioamputation ist, wenn notwendig, erst nach beendigter Interposition vorzunehmen; es empfiehlt sich, im Zusammenhang mit der hinteren Muttermundslippe eine Bahn aus dem hinteren Scheidengewölbe und der hinteren Scheidenwand zu exzidieren, deren seitliche Schnittränder mit dem Querschnitt am Damm vereinigt werden.

Für die Fritschsche Interposition ist namentlich bei beschränkten Raumverhältnissen ein einfacher Medianschnitt in der hinteren Scheidenwand mit Unterminieren der Wundränder praktisch.

Aug. Mayer (Tübingen): Zur Klinik der Retroflexio.

Ausgehend von den verschiedenen Wandlungen, welche die Lehre von der Retroflexio im Laufe der Zeiten erfuhr, und von den widersprechenden Resultaten, die man mit Ringbehandlung erlebt, hat Mayer früher schon aus zirka 3000 gynaekologisch Kranken der Heidelberger Klinik unter Geheimrat v. Rosthorn in der fleißigen Pagenstecherschen Dissertation 1907 Retroflexionen zusammenstellen lassen.

An diesen wurde 1. zur Kritik der Retroflexio zunächst die Frage geprüft, ob die ihr gewöhnlich zugeschriebenen Symptome tatsächlich so häufig waren, daß man sie als Folgen derselben auffassen muß.

Das Resultat war: Nervöse Beschwerden kamen nur in etwa einem Drittel der Fälle vor. Dazu waren die oft als typisch angegebenen Kopf- und Magenschmerzen so selten, daß die nervösen Beschwerden nicht eine direkte Folge der Lageanomalie zu sein scheinen. Entweder haben die beiden überhaupt nichts miteinander zu tun oder die Bedeutung der Neurasthenie liegt nur darin, daß die Retroflexio nur deshalb als pathologisch empfunden wird, weil ein geschwächtes Nervensystem abnorm empfindlich ist, oder beide Affektionen sind der gleichzeitige Ausdruck einer fehlerhaften Grundlage.

Für diese fehlerhafte Grundlage spricht sehr, daß die verschiedenen Zeichen der Hypoplasie viel häufiger sind als sonst, daß ein Drittel der Patientinnen aus konstitutionell geschwächten Familien stammt und ein weiteres Drittel selbst körperlich minderwertig war.

Die lokalen Symptome ließen sich nicht als Folgen der Retroflexio beweisen. Die Kreuzschmerzen scheinen, soweit sie nicht von Komplikationen herrühren, ebenso wie die unbestimmten Leib- und Rückenschmerzen neurasthenischer Natur zu sein. Blasenbeschwerden und Drang nach unten gehören am ehesten zum Prolaps.

2. Die pathologische Bedeutung der Retroflexio wurde gemessen am Effekt der operativen Fixationen, die etwa in einem Drittel der Fälle meist in Kombination mit anderen Eingriffen gemacht wurden.

Zunächst fiel sehr auf, daß bei den Operierten die Beschwerden, welche sich unter Nr. 1 als Prolapsbeschwerden ergaben, erheblich gesteigert waren. Also hatten tatsächlich sie die Indikation zur Operation abgegeben.

Diese Bedeutung des Prolapses wurde noch deutlicher aus den subjektiven Resultaten, die in sich nicht sehr gut waren. Aber schon beim Austritt aus der Klinik als auch bei den Nachuntersuchungen waren nach vaginaler Operation, bei der gleichzeitig eine Plastik ausgeführt wurde, außerordentlich viel mehr Patientinnen beschwerdenfrei als nach abdominaler. Das ließ keine andere Deutung zu als die, daß nach vaginaler Operation mit der gleichzeitigen Beseitigung des Prolapses die eigentlichen Ursachen der Beschwerden beseitigt wurden.

Die im Laufe der Zeit sehr viel stärkere Verschlechterung der funktionellen Resultate nach abdominaler Fixation als nach vaginaler ließ sich nur so erklären, daß dort der hauptsächlich suggestive Effekt der reinen Suspension immer mehr nachließ, während hier der Erfolg der Plastik nachwirkte.

Endlich fanden sich unter den Nervösen mehr, die in der ersten Zeit nach der Operation keine Klagen hatten als unter den Nichtnervösen.

Die Hysterika darf, namentlich als Nullipara, ohne dringenden Grund von ihrer Retroflexio nichts erfahren.

3. Wegen Retroflexio allein kam in der Ambulanz der Tübinger Klinik überhaupt keine Patientin zur Aufnahme. Wenn operiert wurde, dann geschah dieses wegen Prolaps ohne Lagekorrektur.

In den allermeisten Fällen kam man mit ambulanter Behandlung aus: Mit Maßnahmen gegen die Chlorose, Anämie, Neurasthenie, Dysmenorrhöe oder mit Behandlung der Komplikationen. Unter ihnen spielte der Prolaps eine sehr wichtige Rolle. Mit gutem Erfolge wurde ein einfacher runder Ring eingelegt, ohne Lagekorrektur. Nullipare bekamen überhaupt nie einen Ring.

Endlich ergab der Vergleich des Tübinger und Heidelberger Materiales noch einige interessante Besonderheiten: In Tübingen mehr Enteroptosen und Hernien, wohl als Folge der schweren Feldarbeit. Im allgemeinen scheint die mit Feldarbeit beschäftigte Landbevölkerung Württembergs weniger sensibel als das temperamentvolle Volk der industriereichen Pfalz.

4. Als Resultat ergab sich:

a) Kreuz- und Leibschmerzen sind oft ein nervöses Symptom oder gehören zu den lokalen Komplikationen. Blasenbeschwerden und Drang nach unten werden hauptsächlich durch den meistens gleichzeitig vorhandenen Descensus verursacht.

b) Descensus resp. Prolaps spielen unter den Komplikationen die wesentlichste Rolle. Mit ihrer Beseitigung schwinden die Beschwerden meistens.

c) Die übrigen lokalen und allgemeinen Komplikationen sind nach den ihnen sonst zukommenden Indikationen zu behandeln. Eine ungemein wichtige Rolle spielt die Obstipation mit der konsekutiven Verdickung der Ligamenta sacro-uterina.

d) Die Retroflexio in sich bedarf fast nie einer Behandlung, besonders nicht bei Nulliparen. Daher kann die Fixation nicht das typische Heilverfahren der Retroflexio sein.

e) Vor grundloser Untersuchung neurasthenischer Individuen, besonders der Nulliparen ist zu warnen.

Herm. Freund (Straßburg): Unerwünschte Folgen von Kolpocöliotomien und Alexander-Adams.

Die Anhänger der Kolpocöliotomie werfen der Laparotomie das häufige Auftreten von Hernien vor. Die neue Bauchschnittechnik hat dieselben aber auf ein Minimum reduziert, zudem gibt es auch nach vaginalen Eingriffen unerwünschte Folgen, von denen Freund mehrere kennzeichnet.

Retroflexionen können durch die Narben von vorderen und hinteren Scheidenschnitten bedingt werden, im ersten Fall besonders bei Querschnitten, aber auch bei Längsschnitten, die zu nahe an die Portio gelegt sind, in beiden Fällen durch zu starke Reaktion des Bauchfells infolge von Gazetamponade, bei der hinteren Kolpotomie durch zu feste Scheidentamponade. Verwächst aber irgend ein Abschnitt der Gebärmutter an abnormer Stelle, so pflegen die Verwachsungen besonders fest und häufig der Ausgangspunkt dauernder Schmerzen und nervöser Störungen zu sein.

Eine schwere Geburtsstörung entstand 1 Jahr nach dem wegen Eklampsie an einer I-para ausgeführten vaginalen Kaiserschnitt. Unnachgiebige Narben in beiden Muttermundslippen und besonders im vorderen und seitlichen Scheidengewölbe verursachten eine Fixation des Kollum nahe dem Promontorium, Aussackung des unteren Segmentes und Zervixdehnung. Mit Mühe gelang die Metreuryse. Da die vaginale Sektio im 6. Monat an der I-para ausgeführt war, kann nur das Accouchement forcé, das rasche Durchziehen des Kindes durch unvorbereitete Weichteile, die Zerreißungen verschuldet haben. Vielleicht liegt darin eine Einschränkung der Operation bei Erstgebärenden.

Nach der Alexander-Adamsschen Operation beobachtete Freund dreimal schwere Psychosen bei hereditär belasteten oder nervösen Personen. Wird die Alexander-Adamssche Operation bei komplizierten Verlagerungen, insbesondere bei bestehenden Adhäsionen und Adnexentzündungen gemacht, so können außer nervösen Störungen dauernde Schmerzen entstehen, die zu größeren Operationen Veranlassung geben können. Freund teilt einen Fall mit, in welchem zwei Jahre nach der Ligamentverkürzung beide Adnexe durch die Laparotomie entfernt werden mußten. Sie erwiesen sich als chronisch krank und zeigten als Effekt der durch die Fixierung bedingten Stauung Hyperämie, Ödem und Lymphektasien. In einem weiteren Fall konstatierte Freund 3 Jahre nach dem Alexander-Adams eine feste Verwachsung der retroflektierten Gebärmutter im Douglas. Schließlich beobachtet er augenblicklich den Verlauf einer Erstschwangerschaft bei einer vor 5 Jahren operierten Frau (Alexander-Adams), bei welcher jetzt im 7. Monat bereits eine Aussackung des unteren Segments mit Schmerzen und quälendem Harndrang besteht.

Nur einer von den mitgeteilten Fällen (Retroflexio nach vorderer Kolpotomie) ist von Freund operiert worden. Er hebt ausdrücklich hervor, daß er die in Rede stehende Operationen voll würdigt und ausführt, eine scharfe Indikationsstellung und technische Vervollkommnung in der gekennzeichneten Richtung aber für notwendig hält.

Dienstag den 22. September 1908.

Thema: Puerperale Infektion. Vortragende: Henkel, Fromme, Heynemann. Diskussion: Latzko, Veit, Asch, Hofmeier, Krömer, Henkel (Schlußwort).

Prof. Dr. Henkel (Greifswald): Prognose und Behandlung der puerperalen Infektion.

Der Vortragende betont zunächst, daß für die Prognosenstellung der puerperalen Infektion die Ätiologie von größter Bedeutung ist. Unerläßlich ist die bakteriologische Untersuchung des Uterussekretes und des Blutes. Der Nachweis von Streptokokken im Uterussekret allein beweist noch nichts Definitives, da das Vorkommen dieser im Uterussekret von Wöchnerinnen, wie sich jeder überzeugen kann, nichts besonders Seltenes sind. Sehr viel ernster wird die Prognose, wenn sich Streptokokken — um diese handelt es sich ja beim Zustandekommen des Kindbettfiebers so gut wie ausschließ-

lich — im Blute nachweisen lassen, und auch hier wieder beweist die Tatsache des Vorkommens der Streptokokken an sich auch noch nichts definitiv Schlüssiges, sondern, wie die Untersuchungen, die Henkel in seiner Klinik angestellt hat, zeigen, ist die Zulässigkeit einer schlechten Prognosenannahme abhängig von der zunehmenden Zahl von Streptokokken im Blute, von der Schnelligkeit ihres kulturellen Wachstums und schließlich wenigstens bis zu einem gewissen Grade, auch von dem Auftreten der Hämolyse in bluthaltigen Nährböden. Darin stimmt Henkel Fromme durchaus bei, daß, wenn es gelingt, auf Blutagarplatten innerhalb der ersten 24 Stunden nach Anlage der Kultur zahlreiche Streptokokkenkolonien mit Hämolyse nachzuweisen, daß dann die Prognose des Falles eine absolut schlechte ist. Über das Zustandekommen des Phänomens der Hämolyse bei Streptokokken etwas Definitives auszusagen, ist Henkel nicht in der Lage. Auch ist der Gedanke von der Hand zu weisen, daß nur das Vorhandensein hämolytischer Streptokokken zu einer absolut schlechten Prognose allein berechtigt. Auch nicht hämolytische Streptokokken im Blut bedingen den Tod. Aber bei Wöchnerinnen hat Henkel den Tod nur dann eintreten sehen, wenn gleichzeitig die Streptokokken Hämolyse hervorriefen.

Sodann macht Henkel auf die Tatsache aufmerksam, daß in dem Urin von kindbettfieberkranken Frauen sich ebenfalls häufig Streptokokken nachweisen lassen, woraus Henkel den Schluß zieht, daß in analoger Weise, wie z. B. beim Typhus, auch hier mit dem Urin Streptokokken ausgeschieden werden.

Beschleunigung der Atmung deutet immer darauf hin, daß eine schwere Infektion vorliegt. Viel trägt zum Zustandekommen der puerperalen Infektion die Untersuchungstechnik bei. Wohl sind wir heute in der Lage, die Infektionsgefahr von seiten des Untersuchers durch die Anwendung des Gummihandschuhes einzuschränken, aber trotzdem ist der erreichte Effekt bezüglich der Herabsetzung der Zahl der Kindbettfieberfälle kein überzeugender. Bei der Untersuchung ist jede Verletzung der Scheidenschleimhaut, der Portio etc. ängstlich zu vermeiden, denn wir wissen, daß in der Scheide der Schwangeren und Kreißenden in einem nicht ganz kleinen Prozentsatz Bakterien und namentlich Streptokokken vorhanden sind. Die Anwesenheit dieser Streptokokken an sich ist verhältnismäßig belanglos, eine Gefahr entsteht erst, wenn Wunden gesetzt werden, in die dann die Bakterien hineingelangen. Mit der Zahl der die Kreißenden Untersuchenden und den notwendig werdenden Operationen wird die Prognose verschlechtert. Auf die Zahl der bei der Untersuchung gesetzten Verletzungen als Quelle der Infektion weist Henkel besonders eindringlich hin. Je früher die Verletzung im Verlauf der Geburt hervorgerufen wird, um so gefährlicher ist sie, da das Fruchtwasser und Wundsekret einen guten Nährboden für Bakterien abgeben. Mit der zunehmenden Dauer der Geburt wird die Infektionsgefahr erhöht, eine Beobachtung, die jedem Geburtshelfer geläufig ist.

Auch die Rückbildung des puerperalen Uterus ist von Wichtigkeit für die Prognose des Wochenbettes.

Die Therapie des Kindbettfiebers muß darauf gerichtet sein, die natürlichen Heilungsvorgänge zu unterstützen; eventuell zurückgebliebene Nachgeburtsteile müssen unter allen Umständen entfernt werden. Wegen zurückgebliebener Eihäute aber geht Henkel nicht in den Uterus ein, denn sie werden von selbst ausgestoßen. Gegen jede lokale Behandlnng des puerperalen Uterus im Sinne von Spülungen, Auskratzungen wendet sich Henkel mit aller Entschiedenheit. Unter allen Umständen muß dagegen Sorge getragen werden, daß das Uterussekret nach außen hin abfließt (bei Lochiometra ist dies selbstverständlich). Henkel benutzt dazu besonders angegebene Glaskanülen, nach Art der Drosemannschen, die vorsichtig in die Uterushöhle eingeführt und dann locker mit Gaze ausgestopft werden, welche mit Chininalkohol (5% Chinin und 50% Spiritus) bedingt sind. Da, wo der Verdacht einer puerperalen Infektion besonders naheliegt, z. B. wenn das Fruchtwasser zersetzt war usw., macht Henkel eine nicht über 12 Stunden dauernde Tamponade des Uterus mit Gaze, getränkt mit der eben angegebenen Chinin-Alkohollösung: die Gaze muß dann aber erst besonders kräftig ausgedrückt werden, ehe sie in den Uterus eingeführt wird. Sobald die Diagnose aber auf Sepsis gestellt werden muß, d. h. also wenn die Infektion ihren lokalen Charakter überschritten hat, dann steht Henkel auf dem Standpunkt, sofort den Uterus zu exstirpieren. In drei ausführlich beschriebenen Fällen konnte er durch dieses Verfahren die Kranke am Leben erhalten. Abszesse in der Uteruswand mit dem

Nachweis von Streptokokken in demselben (Schnittpräparat) beweisen neben anderem die Schwere des Krankheitsbildes und den Erfolg der Therapie. Die Indikationsstellung setzt Übung und Erfahrung voraus, denn wenn die Uterusexstirpation in derartigen Fällen zu spät ausgeführt wird, so kann sie keine Heilung mehr bringen. Die Erfolge mit der Serumtherapie waren so gut wie negativ. Auch das Kollargol hat den Erwartungen nicht entsprochen. Für die puerperale Pyämie kommt bei chronischen Fällen die Venenunterbindung in Frage. Eine lokale Uterusbehandlung bei der puerperalen Pyämie ist auf Grund der hierbei vorliegenden anatomischen Verhältnisse gänzlich zwecklos. Auch bei der puerperalen Pyämie ist der Zeitpunkt für die Ausführung der Operation, der Venenunterbindung, für den Erfolg von größter Wichtigkeit. Während bei puerperaler Sepsis die Uterusexstirpation sofort mit der Feststellung der Diagnose zu erfolgen hat, ist bei puerperaler Pyämie zunächst ein exspektatives Verhalten ratsamer; aber der rechte Zeitpunkt darf auch hier nicht unbenutzt vorübergehen. Die Operation ist dann indiziert, sobald es gelingt, die thrombosierten Venen nebem dem Uterus zu fühlen.

Fromme (Halle a. S.): Über die Unterscheidung der hämolytischen virulenten von den hämolytischen, nicht virulenten Streptokokken.

Fromme macht zunächst darauf aufmerksam, daß richtige hämolytische Streptokokken auch bei ganz normalen Wöchnerinnen beobachtet werden, daß andrerseits unter seinem seit Jahren bearbeiteten Materiale, das über 200 Streptokokkenstämme umfaßt, kein Puerperalfieber beobachtet wurde, bei dem die gefundenen Streptokokken nicht eine ausgesprochen hämolytische Eigenschaft entfaltet hätten (cfr. Zentralbl. f. Gyn., 1908, Nr. 37). Fromme hat ein Differenzierungsmittel der hochvirulenten und der abgeschwächt virulenten hämolytischen Streptokokken gefunden in den mit physiologischer NaCl-Lösung versetzten, mehrmals gewaschenen roten und weißen Blutkörperchen (Blutschwamm). Schickt man den zu untersuchenden Streptokokkenstamm durch einen 5%-Blutschwamm auf 12 Stunden und impft dann wieder aus diesem ab — bei allen Prozeduren muß natürlich genau quantitativ vorgegangen werden (Normalöse) —, so erscheinen die hochvirulenten Streptokokken in einer zählbaren Menge von Kolonien auf der angelegten Platte, die abgeschwächt virulenten hämolytischen Streptokokken dagegen in unzählbaren Mengen; mit anderen Worten, die hochvirulenten hämolytischen Formen müssen in dem Blutschwamm eine Behinderung ihres Wachstums erfahren, was bei den anderen nicht der Fall ist. Nimmt man die Kontrollabimpfung aus dem Blutschwamm nach 24 und noch mehr Stunden vor, so verwischen sich die Unterschiede allmählich. Dasselbe ist der Fall, wenn man hochvirulente Stämme längere Zeit (Wochen und Monate) über künstliche Nährböden fortzüchtet, auch dann verlieren sie allmählich das oben beschriebene Kriterium zu ihrer Unterscheidung von den nicht virulenten Formen. (Demonstration einer Reihe von Streptokokkenplatten.)

Heynemann (Halle): Diagnose puerperaler Infektion.

Auf Grund von in Gemeinschaft mit Barth ausgeführten Opsoninbestimmungen bei 34 normalen und 36 fiebernden Wöchnerinnen wird ihr praktischer Wert für Diagnose und Prognose der puerperalen Infektion bestritten. Eine Verwertung der Lehren Wrights für deren Therapie kann nur in seltenen, länger lokal bleibenden Fällen Nutzen bringen. Auch die Fornetsche Reaktion (Aufschichtung achttägiger Streptokokken- und Staphylokokkenbouillonkulturen auf Serum von Wöchnerinnen) erwies sich nicht als sicherer Führer für die Diagnose. Empfohlen wird die bakteriologische Blutuntersuchung und der Ausstrich des Scheidensekretes auf der Blutagarplatte, vor allem wegen der Einfachheit des Verfahrens bei Zuverlässigkeit des Resultates. Findet man den hämolytischen Streptokokkus im Blut oder Peritonealleiter, so ist die Prognose sehr schlecht; findet man andere Keime und auch den nicht hämolytischen Streptokokkus, so bleibt die Prognose gut, bei Peritonitis nur nach baldiger Inzision und Drainage. Im Lochialsekret ist der hämolytische Streptokokkus auch bei leicht und gar nicht fiebernden Wöchnerinnen eventuell vorhanden. Bei irgendwelchen ernsteren klinischen Erscheinungen läßt sein Nachweis aber auch dort die Prognose mit Vorsicht stellen. Ist er nicht anwesend, so dürfen wir die Prognose auch bei schweren klinischen Erscheinungen fast mit Sicherheit günstig stellen, sofern nicht Uterusruptur oder Pyämie (Haupterreger des Staphylokokkus) vorliegt.

Diskussion.

I. Latzko (Wien): Die Mitteilungen Herrn Henkels bestätigen die Meinung, die ich vor zirka $1^1/_2$ Jahren in Wien verfochten habe. Wir stehen nach dem Bankerott der bisherigen Therapie des Puerperalprozesses am Eingange einer neuen chirurgischen Ära. Gerade in dieser Beziehung sind die Bestrebungen der Hallenser Schule nach feinerer Entwicklung unserer bakteriologischen Diagnostik aufs wärmste zu begrüßen. Auch wir untersuchen jeden Fall von Wochenbettfieber bakteriologisch in der von Herrn Veit angegebenen Richtung. Doch hat der Nachweis hämolytischer Streptokokken uns bisher keinen Fingerzeig für unser Handeln gegeben. Herr Veit verwirft bei Anwesenheit solcher im Uterussekret jeden intrauterinen Eingriff auch bei septischem Abort. Wir haben den bekannten kritischen Temperaturabfall nach Ausräumung fieberhafter Aborte gesehen, ganz gleich, ob hämolytische Streptokokken nachgewiesen werden konnten oder ob das Ergebnis der bakteriologischen Züchtung negativ war. Der Nachweis von Streptokokken im Blut kann, wie Sie früher gehört haben, unter gewissen Voraussetzungen eine infauste Prognose begründen; einen Fingerzeig für unser positives Handeln gewinnen wir dadurch nicht. Der Versuch, auf dem Streptokokkennachweis eine ätiologische Therapie zu begründen, hat gleichfalls versagt. Das Streptokokkenserum zeigt bei vorurteilsfreier Prüfung keinen wesentlichen Einfluß auf den Verlauf des Wochenbettfiebers. Ich glaube daher zu der Behauptung berechtigt zu sein, daß der Bakteriologie in der Behandlung des Puerperalprozesses keine praktische Bedeutung zukommt. Ich muß daher die Ansicht Frommes über die geringere Bedeutsamkeit meiner Erfolge in der chirurgischen Behandlung der puerperalen Peritonitis, weil genaue bakteriologische Untersuchungsresultate nicht von mir mitgeteilt seien, entschieden ablehnen. Abgesehen davon, daß ich seinerzeit ausdrücklich vermerkt habe, daß es sich zumeist um Streptokokkenfälle gehandelt hat, ist es ganz gleichgültig für unseren Entschluß, wenn wir vor einer Peritonitis stehen, ob es sich um Strepto- oder Staphylokokken oder Stäbchen im Eiter handelt. Auch die Resultate unseres Handelns werden wenig davon berührt, wenn wir von der gutartigeren, auch klinisch zu unterscheidenden Diplokokkenperitonitis absehen. Bei der puerperalen Peritonitis gilt nur eins: Rascher Entschluß zur Operation sofort nach gestellter Diagnose. Ich habe in 6 Jahren zirka 80 Fälle von puerperaler Peritonitis operiert, darunter die Hälfte diffuse, eitrige. Von diesen letzteren konnte ich gut ein Drittel retten. So steht heute die Indikation zur operativen Behandlung des Puerperalprozesses bei der Peritonitis fest. Schwankend ist sie im wesentlichen den akuten Sepsisfällen gegenüber. Ich versuche sie jetzt dahin zu formulieren, daß Fälle mit 48stündiger Kontinua über 39° bei freier Umgebung des Uterus zur Exstirpation geeignet sind. Ebenso halte ich die Venenunterbindung bei puerperaler Pyämie auf Grund meiner Erfahrungen bei zirka 20 Operationen für einen aussichtsreichen Eingriff. In allen zur Operation nicht geeigneten Fällen darf nur ein Grundsatz gelten: Nicht anrühren! Wir reinigen und rasieren die äußeren Geschlechtsteile aus Gründen primitiver Reinlichkeit, lassen aber sonst die Geschlechtsteile der Fiebernden absolut in Ruhe, vermeiden auch jede vaginale Ausspülung. Das unbeeinflußte Wochenbett der Fiebernden verläuft, wie das der leider zu früh verstorbene Mermann an einer großen Beobachtungsreihe gezeigt hat, verhältnismäßig am besten.

II. Veit (Halle): Sind keine progredienten Keime im Blute vorhanden, kann der Uterus exstirpiert werden, dagegen nicht beim Vorhandensein von progredienten. Erkennt man aus der Blutuntersuchung nach 9—10 Stunden, daß progrediente Keime vorhanden sind, so ist der Fall für die Operation aussichtslos.

III. Asch (Breslau) empfiehlt Operation, und zwar Laparotomie.

IV. Hofmeier (Würzburg) sieht im Nachweise der Hämolyse keinen besonderen Fortschritt für die Prognose.

V. Krömer (Berlin) ist der Meinung, daß die Hämolyse nicht gehalten hat, was sie versprochen. Der Nachweis von Bakterien im Blute sagt uns von der Widerstandskraft des Körpers gar nichts.

VI. Henkel (Greifswald) betont noch einmal in seinem Schlußwort: Da die Infektion vom puerperalen septischen Uterus ausgeht, so will ich ihn exstirpieren, um die Frau zu retten und das möglichst früh.

Dienstag den 22. September 1908.

Thema: Ovarien und Osteomalakie. Vortragender: Cramer. Diskussion: Latzko, Sellheim, Krönig, Ziegenspeck, Fehling.

Cramer (Bonn): Ovarien und Osteomalacie.

Vortragender kastrierte eine schwere Osteomalacie in der achten Schwangerschaftswoche. Die Schwangerschaft entwickelte sich weiter zum normalen Ende; die osteomalacischen Symptome verschwanden in kürzester Zeit. Es geht hieraus hervor, daß die Verschlimmerung der Osteomalacie in der Gravidität nicht durch die Gravidität, sondern durch den Zustand des Ovariums bedingt ist. Sowohl während der Menstruation wie

besonders während der Gravidität ist das Ovarium sehr hyperämisch und stark vergrößert. Hat schon das normale Ovarium durch innere Sekretion einen wohlbekannten Einfluß auf den Knochenstoffwechsel, so ist dieser Einfluß natürlich bei Hyperämie und Vergrößerung des Organs ebenfalls gesteigert. Das puerperale Osteophyt findet hierin eine Erklärung. Ebenso erklärt sich die Verschlimmerung der Osteomalacie während der Menstruation und der Gravidität. Indessen ist die Osteomalacie kein Symptom einer funktionellen Erkrankung des Ovariums, sondern sie ist eine selbständige Erkrankung des Stoffwechsels, die durch die Kastration nur deshalb beeinflußt wird, weil das Ovarium einen gleichsinnigen Einfluß auf den Knochenstoffwechsel besitzt. Aus diesem Grunde hat die Kastration bei Ostemalacie in der Nähe oder jenseits des Klimakteriums nur geringen oder gar keinen Erfolg, weil hier die Funktion des Ovariums für den Knochenstoffwechsel nicht mehr wesentlich in Betracht kommt.

Diskussion.

I. Latzko (Wien): Osteomalacie. Die Frage des Zusammenhanges zwischen Osteomalacie und Ovarium steht heute tatsächlich nicht so einfach, daß man annehmen könnte, das Ovarium sezerniere einen Stoff, der direkt den Knochen angreife. Daß ein Zusammenhang zwischen Ovarium und Knochenwachstum besteht, das ist wohl zweifellos. Ebenso sicher ist aber der Einfluß anderer Drüsen mit innerer Sekretion, kurz genannt Blutdrüsen auf das Knochenwachstum. Ich erinnere an die Beziehungen der Zirbeldrüse zur Akromegalie, der Schilddrüse zum Kretinismus etc. Ich habe vor Jahren an der Hand relativ zahlreicher Beobachtungen auf die Kombination der verschiedensten Blutdrüsenkrankheiten mit Osteomalacie hingewiesen. Ich habe letztere vergesellschaftet gesehen mit Tetanie, mit Basedow, mit Myxödem, Akromegalie, Diabetes. Derartige Beobachtungen sind gewiß keine Zufälligkeiten, sondern weisen auf innige, d. h. näher nicht bekannte Zusammenhänge zwischen den Funktionen der einzelnen Blutdrüsen, deren Störung in der Ätiologie der Osteomalacie eine Rolle spielen dürften. Es muß daran erinnert werden, daß die Osteomalacie keineswegs nur eine Erkrankung des Knochenstoffwechsels ist. Es handelt sich um eine schwere Störung des Gesamtstoffwechsels, wie ich ja auf die spezielle Beteiligung der Muskulatur an dieser Krankheit mehrfach hingewiesen habe. In der Therapie nimmt die Phosphortherapie noch immer die erste Stelle ein. Dieselbe hat sich mir in zirka 300 Fällen, die ich jetzt schon beobachtet habe, glänzend bewährt. Die Kastration ist für mich eine Gelegenheitsoperation. Ich habe ein einziges Mal die Kastration pur et simple ausgeführt und gerade in dem Falle Rezidive erlebt. Die Beurteilung einzelner Heilerfolge nach Operation erfordert übrigens eine gewisse Vorsicht, weil, wie ich gezeigt habe, auch nach einfacher Narkose Osteomalacieheilung vorkommt.

II. Sellheim (Tübingen): Daß durch die Wegnahme der Keimdrüse beim männlichen und weiblichen Tiere im Organismus ein knochenproduzierendes Prinzip frei wird, hat Sellheim durch zahlreiche Experimente festgestellt. Die Kastration bei Osteomalacie ist vielleicht in der Lage, zu demonstrieren, wie lange beim Menschen diese Wirkung der Kastration auf den Körper anhält und kann damit zeigen, wie lange der Eierstock im Organismus überhaupt etwas zu sagen hat. Im allgemeinen nimmt man an, daß seine Wirksamkeit mit dem Klimakterium aufhört. Im Gegensatz zu dieser Ansicht hat Sellheim noch bei einer 54jährigen Frau $^1/_2$ Jahr nach Eintritt der Menopause durch die Herausnahme ganz atrophischer, keine Follikelspuren mehr zeigender Ovarien eine wesentliche Besserung der Osteomalacie, das heißt ein Mobilwerden des knochenproduzierenden Prinzips durch den Ausfall der Keimdrüse erzielt.

III. Krönig (Freiburg) hat ein Ovarium exstirpiert und reimplantiert. Der Erfolg dauerte ein Jahr, dann traten die Symptome der Osteomalacie wieder auf.

IV. Ziegenspeck (München) weist auf die anatomischen Veränderungen bei Osteomalacie hin, berichtet über Osteomalaciefälle im jugendlichen Alter. In einem Falle hat er Phosphor mit gutem Erfolge für eine Zeit lang angewandt, mußte dann aber doch kastrieren.

V. Fehling (Straßburg) tritt Latzko bei und möchte so die Mißerfolge durch Kastration erklären, daß eben vielleicht andere Blutdrüsen erkrankt waren. So legt die Therapie Bossis nahe, ob nicht in den von Bossi mit Adrenalin geheilten Fällen die Nebenniere schuld war.

Dienstag den 22. September 1908.

Thema: Über den extraperitonealen abdominalen Kaiserschnitt. Vortragende: Veit, Krömer, Sellheim. Diskussion: Latzko, Cramer, Seitz, Krönig, Everke, H. W. Freund, Bisch, Fehling, Veit, Frank. Schlußwort: Sellheim.

Veit (Halle): Zur Kaiserschnittechnik.

Veit bespricht die Gefahren des Kaiserschnittes. Die Gefahr der Wundinfektion durch den Operateur ist durch die Verschärfung der Asepsis und Verbesserung der Technik genügend bekämpft. Dagegen bedarf die Gefahr des Eintrittes von Fäulnis-

keimen vor der Operation in die Eihöhle und bei der Operation in die Bauchhöhle noch weiterer Berücksichtigung.

Von den verschiedenen Wegen ist keiner schlecht. Fritsch: Fundalschnitt bei starker Erhöhung des Beckens und provisorischer Schluß der Bauchhöhle hinter dem Uterus. Typische Operation nach Frank, Sellheim, Pfannenstiel, Hofmeier oder provisorischer Schluß der Bauchhöhle während der Uteruseröffnung zur Vermeidung des Eintrittes von Blut in die Bauchhöhle. Hierzu will Vortragender das Peritoneum des unteren Uterinsegmentes mit dem Peritoneum parietale vereinen durch Naht oder besser durch Klemmen (das geht aber nur bei längerer Geburtsdauer) oder das Peritoneum parietale oder die Bauchhaut auf den Uterus während der Operation aufnähen. Nach völliger Vernähung des Uterus wird dieser Abschluß wieder gelöst.

Der Kaiserschnitt muß möglichst einfach bleiben, da er eventuell von Geburtshelfern gemacht werden muß und soll, die nicht alltäglich laparotomieren.

Schlußfolgerungen: Für Kaiserschnittsfälle, die vor dem Blasensprung zur Operation kommen, bleibt er bei der bisherigen Technik. Für alle anderen Fälle verhindere man tunlichst und möglichst einfach den Eintritt des Uterusinhaltes in die Bauchhöhle. Unter den Methoden, die dies ermöglichen, scheint mir der provisorische Abschluß des Peritoneums während der Operation die einfachste zu sein.

Krömer (Berlin): Zur Indikationsstellung des extraperitonealen Kaiserschnittes und der subkutanen Pubotomie.

Der etraperitoneale suprasymphysäre Kaiserschnitt wurde bisher an der Charité-Frauenklinik 9mal ausgeführt, 7mal bei völlig eröffnetem Muttermund, rein extraperitoneal nach der Methode I von Sellheim und 2mal bei eröffnetem Zervikalkanal nach der Methode II Sellheims transperitoneal unter Abdeckung der Bauchhöhle mit einem abgelösten Serosalappen. Die Abschiebung des Peritoneums von der Blase gelang besonders glatt bei den engen Becken II. bis III. Grades, weil hierbei der Kindskopf die Schichten der Bauchwand oberhalb der Symphyse auseinander dehnt und durch die maximale Retraktion den Serosaüberzug von der Blasenkuppe abzerrt. Das Kind wurde in den Fällen von rein extraperitonealem Vorgehen durch die Zervixwunde mit der Zange entwickelt. In den beiden anderen Fällen wurde das Kind gewendet und ein Fuß extrahiert. Die Indikation zum Eingriff bestand 8mal in Beckenverengung (2mal Trichterbecken) und 1mal in Eklampsie. Die Kinder wurden sämtlich in lebenskräftigem Zustande entlassen; von den Müttern starb eine am 6. Wochenbettstage im eklamptischen Koma.

Der suprasymphysäre Kaiserschnitt eignet sich besonders für die engen Becken III. Grades und für die Grenzfälle (C. v. 7·5 und darunter) mit infantilem Genitale, welche erfahrungsgemäß bei der Pubotomie zu schweren Rißverletzungen neigen. Der beste Zeitpunkt zur Operation ist das Ende der Eröffnungsperiode, wenn eine genügende Retraktion eingetreten ist. Fälle mit Fieber, d. h. Infektionsmöglichkeit sind von der Operation auszuschließen, da die breite Zellgewebswunde zur Infektion disponiert. Im allgemeinen ist für die Behandlung des engen Beckens die Pubotomie mit Spontanverlauf vorzuziehen, weil sie Aussicht auf dauernden Erfolg gewährt. Zu den früheren sechs Beobachtungen von Spontangeburt nach Pubotomie kommt noch eine weitere, bei welcher die Diastase der Sägeflächen unter der Geburt zirka Dreiquerfingerbreite erreichte.

Sellheim: Der Einfluß von Asepsis und Infektion auf die Technik der Entbindung durch Schnitt.

Sellheim stellt in der Einleitung zwei Probleme der Operationstechnik auf.

1. Ausnutzung der Gesundheit des mütterlichen Organismus für die Technik der Operation, um das Kind zu retten, ohne der Frau zu schaden.

2. Höchste Rücksichtnahme auf die geschwächte Konstitution, bei welcher vom Kinde gerettet wird, was noch zu retten ist.

In erster Lösung liegt die Richtschnur der Behandlung aseptischer Fälle; in der zweiten die Behandlung für solche infizierter Art. Zum Schaden der Sache wurden die beiden Probleme konfundiert.

Man lädiert beim Kaiserschnitt auffallenderweise das Zentrum des Brut- und Gebärapparates, statt, wie es natürlich wäre, dessen Ausführungsgang. Diese Rücksichtslosigkeit ist um so verwunderlicher, als der natürliche Schutz von Hals und

Isthmus durch stetig fortschreitende Verlagerung ins Beckenbindegewebe in dem Maße steigt, wie diese Teile ihrer Funktion als Ausführungsgang in Schwangerschaft und Geburt näherrücken. Die Verletzung des Uterus wird zweifellos geringer, sobald man sie in den physiologisch minderwertigeren und durch das Bestreben der Natur mehr geschützten Teil verlegt.

Nächst den mechanischen Bedingungen, welche uns auf den Ausführungsgang des Uterus als die Prädilektionsstelle für den Entbindungsschnitt hinweisen, läßt sich in dieser Gegend auch der Blutverlust auf das geringste Maß beschränken. Während man in Chirurgie und Gynaekologie mit jedem Tropfen Blut haushält, ist man mit Unrecht in diesem Punkte bei der Geburtshilfe lässiger, weil man mit der Einstellung des Organismus auf einen gewissen Blutverlust rechnet und mit dieser Verrechnung wuchert. Wenn man Blut sparen will, muß man sich die von Haus aus gefäßärmste Stelle aussuchen und der Plazenta aus dem Wege gehen.

Im nicht graviden Zustand ist der Uterushals schwächer durchblutet als der Körper. In der Schwangerschaft wächst dieser Unterschied infolge mächtiger Entfaltung der plazentaren Blutbahnen. Während sich im Körper das allseitig anastomosierende enorme Blutgefäßsystem entwickelt, bleibt der Uterushals gefäßarm. Die Mitte des Uterusausführungsganges entspricht am meisten den auch für die Geburtshilfe nicht zu verachtenden Anforderungen an Blutersparnis bei der Operation.

Nur bei pathologischem Sitz des Mutterkuchens im Isthmus und Hals kollidiert dort der Entbindungsschnitt mit der durch die Plazentarinsertion gesteigerten Blutgefäßentwicklung, ähnlich wie beim Schnitt in den Körper. Die Geburt bei vorliegendem Mutterkuchen ist eine solche Verdrehung der normalen Verhältnisse, daß bei dem Widerstreit der Funktionen nur die Unterbindung jeglicher normalen Geburtstätigkeit den besten Erfolg für Mutter und Kind verspricht. Trifft der Entbindungsschnitt in dem Ausführungsgang auf die Plazenta, so wird gerade durch die Freilegung des fehlerhaften Plazentarsitzes die adäquate Behandlung in Szene gesetzt.

Die Verlegung dieses Schnittes vom druckerzeugenden Apparat in den Ausführungsgang und vom blutigsten Teil des Uterus in den unblutigsten hat den großen Vorteil, daß man die Bauchhöhle umgehen kann. Die eigentümlichen Zurüstungen in der Umgebung von Isthmus und Hals zum Zwecke des Schutzes dieser Teile während der bevorstehenden Funktion als Ausführungsgang sorgen dafür, daß in Schwangerschaft und Geburt Platz genug ist, den Schnitt extraperitoneal anzubringen. Wer daran zweifelt, lasse sich durch die Proben mit dem Dührssenschen vaginalen Kaiserschnitte und Bumms Hysterotomia anterior überzeugen.

Der vaginale Weg ist weder bequem, noch reicht er für alle Fälle aus. Der Zugang von oben ist vorzuziehen. Der extraperitoneale Charakter der Operation kann dabei gewahrt werden. Das extraperitoneale Vordringen vom Bauchfell bis zum Uterushalse richtet sich nach den physiologischen Schwankungen im Verhalten des Bauchfells zur Blase, worüber im Zweifelsfalle ein Blick durch ein kleines Guckloch im Peritoneum am oberen Blasenrand sofortigen Aufschluß gibt. Bei starker „Überwanderung" des Blasenperitoneums auf den Uterus kommt man durch Abziehen des Bauchfells von der Blase ohne weiteres auf den Uterushals und kann bequem durch Abschieben des Bauchfells nach oben und der Blase nach unten ein genügendes Stück des Uterusausführungsganges für den sagittalen Einschnitt freilegen. Bei geringer „Überwanderung" des Bauchfells von der Blase auf den Uterus umschneidet man nur den der Blase fester anhaftenden Bauchfellappen, läßt ihn sitzen und vernäht den dadurch entstandenen Defekt der Plica vesico-uterina.

Im Bunde mit dem extraperitonealen Uterusschnitt scheint der Pfannenstielschnitt berufen, auch in der Geburtshilfe dem abdominalen Weg wiederum den Vorrang vor dem vaginalen Operieren zu gewinnen, wie ihm das in der Gynaekologie gelungen ist.

Der schonenden Wegbahnung beim extraperitonealen Uterusschnitt entspricht eine exakte Wiederherstellung der verwundeten Teile. Die schlaffen Ränder der Uteruswunde lassen sich mit Nähten genau und zart verknoten. Die Naht liegt in dem Teile des Uterus, welcher während des Wochenbettes am ruhigsten steht. Sie kann vermöge Ausschaltung aller störenden Einflüsse mit bestem Gewissen aus resorbierbarem Material gefertigt werden.

Die nach oben geschobene Plica vesico-uterina wird auf den Uterushals herunter- und die nach unten geschobene Blase hinaufgenäht. Das präperitoneale Bindegewebs-

lager kommt durch feine Heftnähte mit der Unterfläche der Rekti in Kontakt. Der Bauchdeckenverschluß ist zuverlässig.

Nach Ausführung von mehr als 20 derartigen Operationen glaubt Sellheim, daß der extraperitoneale Uterusschnitt das erste der eingangs gestellten technischen Probleme löst, mindestens soweit sich bis jetzt seine primären Resultate übersehen lassen.

Behandlung infizierter Geburtsfälle.

Sellheim hält es nach seinen Versuchen für möglich, die fiebernde Kreißende durch eine möglichst kleine Verwundung unter einem ziemlich weitgehenden Schutze der Bauchdeckenwunde, der Bauchhöhle und des Beckenzellgewebes zu entbinden, ohne das Leben des Kindes im geringsten zu bedrohen. Die Operation besteht im Anlegen einer „Uterusbauchdeckenfistel", durch welche die Entbindung vor sich geht.

Wenn die Fistel nicht von selbst heilt oder von selbst nicht gut heilt, so führt die Vernähung der abgespaltenen Uterusränder und die Schichtnaht der Bauchdecken schließlich doch noch eine vollständige Wiederherstellung der Mutter herbei. Bedenkt man, daß diese Notoperation den Zweck hat, das kindliche Leben zu retten, ohne jenes der Mutter mehr zu gefährden, so ist der Ausgang immerhin noch günstig zu nennen. Daher scheint Sellheim bei dem jetzigen befriedigenden Stand der Angelegenheit dieses Verfahrens wohl weitere Versuche wert.

In Wirklichkeit liegt zwischen den aseptischen und infizierten Fällen noch das uns am meisten Kopfzerbrechen machende Gebiet der zweifelhaften Fälle. Zur Behandlung nach dem alles versprechenden Prinzip für aseptische Fälle ist es zu spät. Um sich zur Behandlung nach dem rücksichtsloseren Prinzip für infizierte Fälle zu entschließen, ist es noch nicht spät genug.

Sowohl bei zweifelhaften wie bei infizierten Fällen liegt die Zukunft in der Prophylaxe. Wer als verantwortlicher Geburtsleiter es zur Infektion kommen läßt, hat es sich selbst zuzuschreiben. Der die prekäre Situation vermeidende Weg liegt auf der Hand. Die Entscheidung zur Entbindung durch Schnitt gehört spätestens in die Geburtszeit vor dem Bankerott der natürlichen Organisation. Nur um diese Zeit stehen uns noch Methoden zur Verfügung, die wir mit gutem Gewissen ausführen dürfen und mit welchen wir ohne Schaden für die Mutter das Kind zu retten vermögen, später nicht mehr.

Durch die schlechten Resultate der zu spät und unter ungünstigen Umständen ausgeführten Operationen wird der wahre Segen der Kunsthilfe verdunkelt.

Diskussion.

I. Latzko (Wien): Die Idee, welche dem sog. „extraperitonealen Kaiserschnitt" zugrunde liegt, lautet von allem Unwesentlichen entkleidet: Eröffnung des Fruchthalters erst nach definitivem Schluß der Bauchhöhle. Es ist das große, unbestreitbare Verdienst von Frank, diesen Gedanken zu neuem Leben erweckt und seine erfolgreiche Ausführbarkeit erwiesen zu haben. Wenn es längerer Zeit bedurfte, bevor Frank Nachahmer und Verbesserer fand, so liegt dies wohl daran, daß der Weg, den er zur Erreichung des erstrebten und erstrebenswerten Zieles eingeschlagen hat, den Gynaekologen unsympathisch war. Der Bardenheuersche Querschnitt und die quere Inzision des unteren Uterinsegmentes schreckten von vornherein ab. Erst die Modifikationen der Schnittführung durch Veit und Sellheim haben die suprasymphysäre Entbindung unter verschiedenen Titeln in den Vordergrund des Interesses geschoben. Sellheim hat überdies den bemerkenswerten Versuch gemacht, den Grundgedanken der Frankschen Operation weiter auszubauen durch Einführung eines rein extraperitonealen Verfahrens, wie dies Frank selbst im Auge gehabt, aber fallen gelassen hatte. Es hat sich aber gezeigt, daß seine Methode, die auf der Ablösung des Peritonealüberzuges vom Blasenscheitel beruht, ohne Eröffnung der Bauchhöhle oder der Blase oder beider nur in der Minderzahl der Fälle gelingt. Sellheim empfiehlt deswegen selbst, sich auf das streng extraperitoneale Operieren nicht zu kaprizieren. Andere Autoren drücken dies eleganter aus, indem sie raten, zu individualisieren, d. h. man probiert es eventuell extraperitoneal; wo es aber mißlingt, läßt man es stehen. Wenn trotzdem immer wieder vom „extraperitonealen" Kaiserschnitt gesprochen und geschrieben wird, so ist dies nicht ganz korrekt. Bei den Operationen nach Frank und Veit hat es sich immer, bei denen nach Sellheim größtenteils um transperitoneale Operationen gehandelt, wobei allerdings versucht wurde, durch Nahtverschluß der eröffneten Bauchhöhle vor Eröffnung des Uterus Verhältnisse zu schaffen, die einem extraperitonealen Operieren möglichst nahe kommen. Zwischen „extraperitoneal" und „möglichst extraperitoneal" besteht aber — wie das auch Küstner scharf hervorhebt —

ein prinzipieller Unterschied, der gelegentlich, z. B. bei nicht absoluter Reinheit des Geburtsfalles, die Überlegenheit der suprasymphysären Entbindung über die anderen Entbindungsverfahren in positivem oder negativem Sinne entscheidet. Ein in seiner Kontinuität nicht verletztes Peritoneum bildet doch einen anderen Schutz gegen Infektion vom subserösen Zellgewebe her, als ein durchschnittenes, nur durch Naht wieder vereinigtes. Bakteriendicht nähen können wir eben nicht. Es ist mir nun gelungen, ein Verfahren zu entwickeln, das tatsächlich den gebräuchlichen Namen „extraperitonealer Kaiserschnitt“ redlich verdient, ein Verfahren, über das ich zum erstenmal am 8. Mai 1908 in der k. k. Gesellschaft der Ärzte zu Wien berichtet habe. Die Operation gestaltet sich folgendermaßen: Füllung der Blase mit 150 *cm*³ Flüssigkeit, ca. 12 *cm* langer Längsschnitt über der Symphyse. Der Faszienquerschnitt stellt in den nicht verläßlich reinen Fällen, also in der großen Mehrzahl der in der Praxis in Betracht kommenden, eine unnötige Komplikation der Wundverhältnisse dar. Es erfolgt die Trennung der Musculi recti, die mit Bauchspateln auseinander gezerrt werden. Vor uns liegt nun nach oben zu das auf den Blasenscheitel sich umschlagende Peritoneum parietale, während der größere, untere Teil des Gesichtsfeldes von dem extraperitonealen Anteil der über die Symphyse emporgestiegenen, gefüllten, aber schlaffen Blase eingenommen wird. Von der Seite her dringen nun die Finger zwischen Zervix und Blase ein, letztere soweit ablösend, daß sie in das eine Bauchspatel gefaßt und mit dem Musculus rectus seitlich verzogen werden kann. Die Umschlagsfalte des Peritoneum geht dabei mit, ohne daß man sich darum speziell zu kümmern braucht, vorausgesetzt, daß eine entsprechende Dehnung des unteren Uterinsegmentes schon stattgefunden hat. Die Ablösung erfolgte in meinen Fällen fast durchaus stumpf, indem immer nur eine einzige Ligatur eines gefäßführenden Bindegewebsstranges nötig war. Die gedehnte Zervix liegt jetzt in genügender Ausdehnung bloß, um sie unterhalb des Peritonealansatzes der Länge nach zu spalten. Nach Entleerung des Uterus wird die Zervix vernäht, die losgelassene Blase sinkt zurück, Muskel-, Faszien- und Hautnähte, die nur eine Drainlücke freilassen, beenden die Operation. Ich habe derart dreimal mit bestem Erfolg für Mutter und Kind operiert. Ich selbst und alle Anwesenden waren immer wieder von der Sicherheit und technischen Einfachheit der Operation überrascht. In einem Falle dauerte der ganze Eingriff vom ersten Schnitt bis zur letzten Naht nur zwanzig Minuten. Allerdings werden mehrjährige Erfahrungen notwendig sein, um die Indikationen der verschiedenen Operationen gegeneinander abzugrenzen, um über das Verhalten der Zervixnarbe in nachfolgenden Schwangerschaften ein sicheres Urteil zu gewinnen. Bringt uns die Zukunft in dieser Beziehung keine Enttäuschung, so werden klassischer Kaiserschnitt und Porrooperation, die Beckenerweiterungen und die künstliche Frühgeburt einen guten Teil ihrer Herrschaft an den extraperitonealen Kaiserschnitt abtreten müssen.

II. Cramer (Bonn) machte den zervikalen Kaiserschnitt in 4 Fällen von absoluter Beckenenge, einmal extraperitoneal nach gesprungener Blase und vollkommen erweitertem Muttermund, 3mal transperitoneal, darunter ebenfalls 2mal nach Blasensprung und längerer Wehentätigkeit. In den drei letzten Fällen wurde der Uterus amputiert. Alle 4 Fälle waren für Mutter und Kind günstig. Einen wesentlichen Vorteil sieht Cramer in der Beckentieflagerung, da hierbei Blut, Fruchtwasser und alle Wundsekrete über die Symphyse nach unten fließen und so die Bauchhöhle vollkommen geschützt ist. Das Kind wird am besten mit der Zange entwickelt. Für die Technik der Uterusamputation empfiehlt es sich, senkrecht zum zervikalen Uterusschnitt Klemmen anzulegen, die die Uteruswand von innen und außen fassen und so die Blutzufuhr aus den aufsteigenden Gefäßen, insbesondere aus der Uterina absperren. Das Hervorziehen des Uterus durch den Pfannenstielschen Querschnitt geht sehr leicht, so daß dieser Schnitt auch für die Porrooperation sehr empfehlenswert ist.

III. Seitz (München) hebt die guten Resultate des vaginalen Kaiserschnittes aus seiner Erfahrung hervor. Auch bei Infektion, Placenta praevia, ebenso bei Spasmus des Muttermundes ist derselbe mit gutem Erfolge von ihm angewendet worden.

IV. Krönig (Freiburg) weist auf die vorzügliche Arbeit von Frank hin, die alles in Betracht kommende erschöpft. Wer die Infektion des Beckenbindegewebes fürchtet, gehe lieber transperitoneal vor. Bei infiziertem Fruchtwasser hat man auch extraperitoneal keine Gewähr. Er spricht sich gegen die Hebosteotomie aus, die, wie die bisherige Statistik beweist, vielfach auch ohne bestimmte Indikationsstellung ausgeführt wurde. Bei Infektion hält er die Perforation, um das Leben der Mutter zu erhalten, immer noch für berechtigt.

V. Everke (Bochum) hebt gegenüber den neueren Bestrebungen des extraperitonealen Operierens die Vorzüge des klassischen Kaiserschnittes hervor.

VI. H. W. Freund (Straßburg) greift in die Diskussion ein mit der Frage: Was ist zu tun bei infizierten Fällen, wo eine absolute Indikation zum Kaiserschnitt vorliegt? Trans- oder extraperitoneales Vorgehen? Er führt einen Fall an aus seiner Erfahrung, wo am aufgenähten Peritoneum eine Naht platzte und der Darm vorfiel: der Patientin hat es nicht geschadet. Nach dieser Erfahrung plädiert er wegen der Einfachheit der Technik für den klassischen Kaiserschnitt. Er billigt den Standpunkt Krönigs nicht, bei infizierten Fällen durch Perforation zu entbinden.

VII. Bisch (Gießen) berichtet über zwei Fälle von extraperitonealem Kaiserschnitt bei infiziertem Uterus aus der Gießener Frauenklinik.

VIII. Fehling (Straßburg) hält das extraperitoneale Operieren für einen großen Fortschritt für zweifelhafte Fälle. Ob man wirklich imstande ist, extraperitoneal vorzugehen, zeigt sich erst bei der Operation, das hängt von vielen Gesichtspunkten (z. B. anatomischen Verhältnissen etc.) ab.

IX. Frank (Köln) will nur in Fällen zweifelhafter Natur, den eitrigen Fällen, seine Methode angewandt wissen. Sie soll keine Konkurrenz sein des klassischen Kaiserschnittes, nicht der Hebosteotomie. Was die Ablösung des Peritoneums anbelangt, so hält er es für nötig, klar zu sehen, deshalb schneidet er eine Öffnung hinein. Man muß darauf bedacht sein, daß das Peritoneum gesund und lebensfähig bleibt, deshalb ist der Schnitt ins Peritoneum der seitlichen Ablösung vorzuziehen. Er nennt seine Methode suprasymphysäre Entbindung, da die Entwicklung des Kindes die Hauptsache ist (mit kleiner Zange). Die Schnittführung spielt nach seiner Ansicht keine Rolle, eine sorgfältige Naht verhindert Hernien. Drainage hält er für erforderlich.

Er demonstriert am nächsten Tage etwa 20 operierte Frauen, darunter einige, die er mehrmals hintereinander seiner Operationsmethode unterzogen hat. Seine Dauerresultate sind ausgezeichnete. In einigen Fällen kamen die Patientinnen in so desolatem Zustande (Schüttelfröste, hohes Fieber, 150 Puls, jauchiger Uterusinhalt) zur Operation, daß die Prognose für Ausführung des Kaiserschnittes absolut schlecht erschien. Auch diese Fälle sind genesen. Indessen scheint es, daß die Durchschneidung der Rekti, die von Frank prinzipiell ausgeführt wird, schlechtere Verhältnisse gibt als der Pfannenstielsche Querschnitt.

Sellheim: Extraperitonealer Uterusschnitt. (Schlußwort.)

Auf alle Punkte der Diskussion einzugehen, habe ich um so weniger Veranlassung, als vieles nicht an meine Adresse gerichtet ist. Ich führe den extraperitonealen Uterusschnitt nur bei aseptischen Fällen aus. Für infizierte Fälle versuche ich die Entbindung durch die Uterusbauchdeckenfistel.

Zunächst nur die Resultate der an der Tübinger Frauenklinik ausgeführten extraperitonealen Uterusschnitte oder ähnlicher Operationen.

Es wurden außer dem typischen extraperitonealen Uterusschnitt während der Ausbildung der Technik probiert je einmal: transperitonealer Uterusschnitt nach Pfannenstielschem Querschnitt; Versuch des Ritgenschen Scheidenbauchschnittes; Versuch eines Scheidenbauchschnittes von der Mitte aus; Versuch mit Veits Längsschnitt durch die Bauchdecken und durch das Peritoneum parietale und viscerale; Vorversuch zur Bildung einer Uterusbauchdeckenfistel; Franksche suprasymphysäre Entbindung; Entbindung durch Uterusbauchdeckenfistel.

Es wurde operiert wegen unüberwindlichen Hindernisses bei engem Becken 9mal; Placenta praevia 7mal; Eklampsie 2mal; Vitium cordis und Dyspnoe bei Struma 1mal; Infektionsgefahr bei jauchendem Geschwür der Portio 1mal; Agone bei Meningitis purulenta 1mal.

Es wurde operiert in aseptischen Fällen 17mal, infizierten oder infektionsverdächtigen Fällen 4mal. Infektion bei langer Geburtsdauer 2mal, Infektionsgefahr bei jauchendem Geschwür der Portio 1mal, Infektion durch Pneumokokken etc. bei Meningitis 1mal).

Es wurde operiert nach früher vorausgegangenen Operationen: klassischem Kaiserschnitt 1mal; vaginalem Kaiserschnitt 1mal; Hebosteotomie 1mal; Symphyseotomie 1mal.

Es starben: Mütter 4 (2 an Eklampsie, eine an Meningitis, eine an fortschreitender Sepsis); Kinder 2 (eines an Erstickung infolge Zuziehens eines wahren Knotens der Nabelschnur, eines an intrauteriner Pneumokokkeninfektion). Alle übrigen Mütter und Kinder wurden vollkommen gesund entlassen.

Die gestorbenen Mütter und Kinder waren Todeskandidaten, von denen man sagen kann, daß sie mit oder ohne jede andere Behandlung wahrscheinlich ebensogut hätten zugrunde gehen müssen, außer dem Falle von septischer Infektion, bei dem man die Mutter vielleicht durch die Perforation des Kindes, Mutter und Kind vielleicht durch die Entbindung nach Anlegung einer Uterusbauchdeckenfistel hätte retten können.

Die heutigen Erörterungen legen einen Vergleich der Technik meines extraperitonealen Uterusschnittes mit ähnlichen Verfahren nahe, die teils vor, teils gleichzeitig, teils nachher angegeben wurden, das von Frank, Veit und Pfannenstiel. Auf ältere Versuche, wie besonders den Scheidenbauchschnitt von Ritgen, den ich auch

versucht habe, gehe ich nicht ein, da dieser weder der Verteidigung wert ist, noch ernstlich verteidigt wird.

Frank hat entschieden das Verdienst, die Bestrebungen, mit Umgehung von Becken und Bauchfell das Kind auf die Welt zu bringen, in unsere Zeit fortgesetzt zu haben.

Ich habe einmal nach Frank operiert. Ich erkenne an, daß die Methode, welche dem Physikschen Vorschlage ziemlich genau entspricht, einen ausgezeichneten Überblick gibt. Dieser Vorteil wird durch eine starke Läsion der Bauchdecken erkauft. Bei reinen Fällen braucht man aber keine schlechte Heilung der Rekti zu fürchten. Die Muskelbäuche sind im Wochenbett schlaff und heilen gut an, wenn man dem Rate Franks folgt und ziemlich große Stümpfe am oberen Schoßfugenrand stehen läßt. Die quere Verletzung des Uterus ist viel blutiger als die sagittale, und die Wiedervereinigung ist viel weniger exakt durchzuführen. Gut ist an der Frankschen Operation die Idee, das Peritoneum parietale auf das Uterusperitoneum aufzunähen. Ich habe diesen Akt für den extraperitonealen Uterusschnitt übernommen, aber etwas modifiziert und, wie ich glaube, schonender gestaltet.

Die Veitsche Methode habe ich auch probiert. Der Längsschnitt paßt nur, wenn man die Restitutio ad intregrum hinter die Einfachheit der Wundverhältnisse zurücktreten lassen muß. Ich habe ihn für die Entbindung durch die Uterusbauchdeckenfistel verwendet. Sonst halte ich den Pfannenstielschnitt für besser. Der Schnitt nur ins untere Uterinsegment, wie ihn Veit will, auch wenn er in der Längsrichtung ausgeführt wird, nutzt den verfügbaren Vorteil nicht aus. Er geht viel zu wenig weit nach unten. Es ist natürlicher und schonender, bis in die Nähe des äußeren Muttermundes und unter Umständen bis in die Scheide hineinzuschneiden.

Der Pfannenstielsche Vorschlag, nach Durchquerung der Bauchdecken den Uterushals einzuschneiden, regte mich nicht zu neuen Versuchen an, weil ich ja von einer ähnlichen Idee wie Pfannenstiel bei meinem allerersten Versuche ausgegangen war. Ich habe den Fall auch publiziert. Nur fand ich ganz andere Verhältnisse wie Pfannenstiel. In meinem Falle herrschte eine normale Überwanderung des Bauchfelles von der Blase auf den Uterus. Ich konnte, wenn ich im peritonealen Gebiete des Uterus mit meinem Schnitt bleiben wollte, nur wenig vom Hals einschneiden.

Wenn man ausnahmsweise, wie Pfannenstiel einmal, nicht nur keine Überwanderung des Bauchfelles von der Blase aus dem Uterus findet, sondern sogar die Plica vesico-uterina bis fast zum Scheidengewölbe hinunterreicht, dann kann man versucht sein, intraperitoneal den Uterus einzuschneiden. Man darf aber nicht vergessen, daß das eine Ausnahme und nicht die Regel ist. Die Regel ist, daß man den Uterushals nicht intraperitoneal, sondern erst nach Abschieben der Blase extraperitoneal in größerem Umfange einschneiden kann. Wenn man unter normalen Verhältnissen an der Vorderwand des Uterusausführungsganges bis in die Nähe des äußeren Muttermundes schneiden will, dann ist das nur durch ein tiefes Eindringen ins extraperitoneale Gebiet möglich, einerlei, ob man extraperitoneal oder intraperitoneal angefangen hat. Wenn man aber das Gleiche, was Pfannenstiel intraperitoneal beabsichtigt, extraperitoneal besorgen kann, dann sehe ich nicht ein, warum man dazu die Bauchhöhle so lange aufmachen soll. Der Hauptunterschied zwischen einem extraperitonealen Uterusschnitt, eventuell mit Umschneidung des der Blase fester anhaftenden Peritoneallappens nebst Vernähung der Plica vesico-uterina und einem transperitonealen Schnitt in den Uterushals besteht darin, daß bei gleicher Verwundung des Beckenbindegewebes bei extraperitonealem Vorgehen die Bauchhöhle als Vorakt zur Entbindung geschlossen und gesichert wird, während sie beim transperitonealen Vorgehen unnötigerweise während der ganzen Entbindung offen gehalten wird. Weiter, daß nach der Entbindung und Wiederherstellung der Verwundung beim extraperitonealen Vorgehen eine Nahtreihe in der zwischen Blase und Uterus heruntergezogenen Plica vesico-uterina im verstecktesten Teile liegt, während nach transperitonealem Vorgehen die Plica vesico-uterina nicht weniger als drei verschiedene Bauchfellnähte aufweist, wenn man bei normaler Überwanderung des Bauchfells operiert, wie der Fall von Blumreich erkennen läßt: *a)* Die Nahtlinie des Loches im Peritoneum parietale, durch das man in die Bauchhöhle eingedrungen ist. *b)* Die Nahtlinie des Loches, durch das man von der Bauchhöhle aus zwischen Blase und Uterus und Parametrium vorgedrungen ist. *c)* Die Nahtlinie im obersten Ende des Uterusschnittes.

Daß der natürliche Bauchfellabschluß besser ist als das Einstopfen von Servietten, wird wohl niemand bestreiten. Das Einstopfen der Servietten zeigt aber, daß man sich nach einem Abschluß sehnt.

Ich würde mich zum transperitonealen Vorgehen nur entschließen können, wenn der extraperitoneale Weg nicht gangbar wäre. Das wird vielleicht einmal vorkommen.

Zu Latzkos Vorgehen kann man durch die anatomischen Verhältnisse versucht werden, besonders wenn man die Zweifelschen lateralen Sagittalschnitte betrachtet. Ritgen hatte schon den Gedanken, von der Seite her extraperitoneal an den Uterusausführungsgang heranzukommen, gehabt.

Ich habe das Gebiet, welches für einen lateralen Einschnitt in Betracht kommen könnte, rekognosziert. Ich habe einmal die Ritgensche Operation probiert. Ehe ich mich aber zur Ausführung eines Eingriffes, wie den Scheidenbauchschnitt, bei den seither die meisten Frauen verblutet sind oder eine Blasenverletzung davongetragen haben, entschließen konnte, habe ich den Rahmen des ganzen Gebietes bis zu den Vasa iliaca externa, den Vasa uterina et vesicalia und den Ureter freigelegt. Der Saum ist aber seitlich zu klein, um durch Schnitt sicher zu entbinden. Ich ging mehr medialwärts, dabei riß mir — das einzige Mal bei allen meinen Versuchen — die Blase etwas ein, da, wo sie bekanntlich mit dem Ureterenzipfel dem Uterus etwas fester anhaftet.

Ich habe aus diesen Versuchen gelernt, daß wir um so ungünstigere Verhältnisse treffen, je weiter wir nach außen gehen. Wer den vaginalen Kaiserschnitt ausführt, weiß, wie gefährlich es ist, von der Mittellinie auszuweichen. Beim Operieren von oben ist es ebenso. Mit jedem Zentimeter, um den wir von der Mittellinie nach außen gehen, wächst die Gefahr der Blutung, nimmt der verfügbare Platz ab und wird die Gefahr der Blasenverletzung größer, zumal bei Asymmetrien in der Lage der Blase.

(Fortsetzung folgt.)

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Gynaekologie.

Kummer, Die Operation der Blasengenitalfisteln nach Küstner-Wolkowitsch. Inaug.-Dissert., Breslau Juni.

Oliver, Thirty-five Consecutive Cases of Extrauterine Pregnancy dealt with by Abdominal Section without a Death. The Lancet, Nr. 4434.

Bayer, Über wahres und scheinbares Zwittertum. Beitr. zur Geb. u. Gyn., Bd. XIII, H. 2.

Ogata, Über Altersveränderungen des Uterus. Ebenda.

Mayer, Über seltene Besonderheiten der Pelveocellulitis. Ebenda.

Krüger, Die Gewichtsverhältnisse in der Schwangerschaft. Ebenda.

Engelhorn, Korpuskarzinom bei einer Dreiundzwanzigjährigen. Ebenda.

Maresch, Über Salpingitis nodosa. Berlin 1908, S. Karger.

Johnston, Hermaphrodism. Surg., Gyn. and Obst., Vol. VII, Nr. 2.

De Keating-Hart, Behandlung des Krebses mittelst Fulguration. Leipzig, Akadem. Verlagsgesellschaft, 1908.

Greggio, Contributo allo studio dei sarcomi da atresia follicolare ovarica. Annali di Ostetr. e Ginecol. Nr. 6.

Fossati, Le opsonine di Wright nel campo Ginecologico. Ebenda.

Sfameni, Sulla cura delle fistole vesico-vaginali. Ebenda.

Martin, A Glance over the Development of the Technic of Modern Gynecological Operations. The Amer. Journ. of Obst., August.

Findley, Foreign Bodies Left in the Abdominal Cavity after Operation. Ebenda.

Smith, Some Interesting Cases. Ebenda.

Bourcart, Le massage gynécologique dans le traitement des infiltrations plastiques et des exsudats pelviens. Ann. de Gyn., Août.

Vincent, Trois observations de retard prolongé des récidives et de la généralisation dans les cas de kystes mixtes des ovaires. Ebenda.

Schroeder, Beseitigung einer Insuffizienz des Sphincter vesicae durch Verlagerung des Uterus. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 35.

Frommer, Heilung der Erosionen der Portio vaginalis durch Transplantation des Scheidenepithels. Ebenda.
Saverio, Contributo anatomo-patologico e clinico allo studio degli endoteliomi dell' ovaio. Archivio di Ostetr. e Ginecol., Nr. 6.
Pepere, Di alcune malformazioni congenite dell' apparecchio uro-genitale nella donna. Ebenda.
Marx, Drei Fälle von Erhaltung des Hymen mehrere Jahre nach der Verheiratung und Schwangerschaft in derselben Familie. Der Frauenarzt, Nr. 8.
Henrotay, Fibrome de la paroi abdominale. Bull. de la Soc. Belge de Gyn., Nr. 5.
Keiffer, Sarcome utérin. Ebenda.
Tonelli, Contributo allo studio dei fibromiomi uterini. La Rass. d'Ostetr. e Ginecol., Nr. 8.
Ruggiero, Esiti remoti dell' operazione dell' Alexander. Ebenda.
Winter, Die Antworten zu meinen „Vorschlägen zur Einigung über eine brauchbare Karzinomstatistik". Zentralbl. f. Gyn., Nr. 36.
Bossi, Einige Bemerkungen über das Pessar bei dem schneckenförmigen Uterus. Ebenda.
Nicoll, Hernia of the Ovary in Infants. Edinb. Med. Journ., Nr. 3.
Cohn, Zur Einschränkung der Pessartherapie. Münch. med. Wochenschr., Nr. 35.
Talmey, Notes on Sterility in Women. Med. Rec., Nr. 8.
Staude, Die Resultate der erweiterten vaginalen Totalexstirpation des Uterus durch doppelseitige Scheidenspaltung bei Collumkarzinom. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 37.
Bauer, Spitze Kondylome von besonderer Größe. Monatschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXVIII, Nr. 3.
Güttler, Eine 53 *kg* schwere Ovarialzyste. Wiener med. Wochenschr., Nr. 37.
Pick, Über besondere Strukturen in alten Eitertuben. Berl. klin. Wochenschr., Nr. 37.
Kirlin, Hernia of Tube and Ovary. New York Med. Journ., Nr. 1552.
Comolli, Della diagnosi e cura dell' endometrite. L'Arte Ostetr., Nr. 16.
Alfieri, Leiomioma recidivante dei genitali esterni. Folia Gynaecol., Vol. I, fasc. 2.
Cora, Adenomiomi dell' utero associati a cisti dell' ovaio. Ebenda.
Bertino, Di alcune forme rare e del processo di calcificazione dei tumori benigni dell' ovaio. Ebenda.
Bollert, Über vaginale Ovariotomie. Inaug.-Dissert., Leipzig, August.
Füth, Über Menstruationsverhältnisse bei einseitiger Ovarialgeschwulst. Med. Klinik, Nr. 38.
Frank, Über Karzinom der Bartholinischen Drüse. Ebenda.
Cohn, Das Frühaufstehen der Laparotomierten. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 38.
Freund, Eine inguinale Prolapsoperation. Ebenda.
Heusner, Über einige neuere Desinfektionsmethoden. Ebenda.

Geburtshilfe.

Hegar, Zur Verbreitung, Entstehung und Verhütung des engen Beckens. Münchener med. Wochenschr., Nr. 34.
Kohn, Geburten bei engem Becken. Inaug.-Dissert., Breslau, Juni.
Kapischke, Geburten bei engem Beeken. Ebenda.
Schultze, Lagerung der gebärenden Frau, Lendenbiegsamkeit und austreibende Kraft. Beitr. zur Geb. u. Gyn., Bd. XIII, Nr. 42.
Schickele, Die retinierten Eireste und die sogenannten Plazentarpolypen. Ebenda.
Schickele, Zur Frage des habituellen Fruchttodes. Ebenda.
Democh, Geburten bei allen Erstgebärenden. Ebenda.
Shoemaker, A Case of Concealed Haemorrhage in Pregnancy, Contrasted with One of Extrauterine Pregnancy. Surg., Gyn. and Obst., Vol. VII, Nr. 2.
Buhlig, Upon a Case of Toxaemic Pernicious Vomiting of Pregnancy, with Total Nitrogen and Ammonia Estimations. Ebenda.
Williams, Is Pubiotomy a Justifiable Operation? The Amer. Journ. of Obst., August.
Reynolds, The Choice Between the Intrapelvic and Abdominal Methods of Delivery in the Lesser Degrees of Mechanical Obstruction. Ebenda.
Reed, The External Antepartum Examination. Ebenda.
Drennan, Obstetrical Drawers. Ebenda.
Sfameni, Ancora poche parole sulla genesi della placenta marginata e circumvallata. Arch. Ital. di Ginecol., Nr. 7.
Engelmann, Curette und Abortbehandlung. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 35.
Paggi, Assistenza all' emorragia postpartum per atonia dell' utero. Compressione dell' aorta abdominale. La Clin. Ostetr., Nr. 15.
La Torre, Parto distocico in presentazione pelvica-varietà natiche — per giri di cordone ombilicale. Uso dell' uncino smusso. Ebenda.
Meda, Contributo alla casistica dei tumori sottomucosi dell' utero complicanti lo stato puerperale. L'Arte Ostetr. Nr. 13.
Terzaghi, Stenosi pelvica — Minaccia di rottura d' utero in sopraparto — Esito buono per la madre e pel feto. Ebenda Nr. 15.

Keiffer, Grossesse extra-utérine de 5 mois guéric par colpotomie. Bull. de la Soc. Belge de Gyn. Nr. 5.
v. Alvensleben, Das Aufstehen der Wöchnerinnen in den ersten Tagen des Wochenbettes. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 36.
Johnstone, An Unsususpected Case of Placenta Praevia in a Primigravida at the Sixth Month. Edinb. Med. Journ. Nr. 3.
Himmelheber, Die Ergebnisse der Bluntuntersuchung in prognostischer Hinsicht beim Wochenbettfieber. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXVIII, Nr. 3.
Hoehne, Die Erfolge und Dauererfolge der Hebosteotomie an der Kieler Universitätsfrauenklinik. Samml. klin. Vortr. Nr. 182/183.
Gallmann, Die Indikationen zum vaginalen Kaiserschnitt. Inaug.-Dissert., Freiburg, August.
Bley, Retroflexio uteri gravidi incarcerata. Inaug.-Dissert., Gießen, August.
Taylor, A Case of Ectopic Gestation on the Goldfields. Lancet Nr. 4436.
Marconi, Asepsi ostetrica. Lucina Nr. 9.
Mucci, Vomito incoercibile delle gravide. La Clinica ostetr. Nr. 16.
La Torre, Parto distocico in presentazione pelvica. Ebenda.
Savarè, Nota istologica sul connettivo nella vescicola molare. Folia Gynaecol. Vol. I, fasc. 2.
Cuzzi, Il travaglio di parto nelle primipare con disturbi mestruali. Ebenda.
Titone, Contributo allo studio delle autointossicazioni gravidiche. Ebenda.
Gentili, Un nodo vero del cordone ombelicale può esser causa di morte intrauterina del feto. Ebenda.
Reinecke, Zur Nekrose der Myome in der Gravidität. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 38.
Samson, Konzeption und Menstruation. Ebenda.
Hofmeier, Zur Verhütung des Kindbettfiebers. Münchener med. Wochenschr., Nr. 37.
Kolar, Über Verblutung des Fötus bei Insertio velamentosa. Inaug.-Dissert., August 1908.
Albert, Ein Fibroma molluscum vulvae als Geburtshindernis. Inaug.-Dissert., Leipzig, Juli 1908.

Aus Grenzgebieten.

Hamm, Ein Fall von Gonohämie beim Neugeborenen. Beitr. z. Geb. u. Gyn., Bd. XIII, H. 2.
Holzbach, Studien über den feineren Bau des sezernierenden Uterus- und Tubenepithels. Ebenda.
Oeri, Beiträge zur chirurgischen Behandlung Neugeborener. Ebenda.
Viana, A proposito della fissazione dei pigmenti biliari nella placenta. Annali di Ostetr. e Ginecol. Nr. 6.
Raineri, Le capsule surrenali in rapporto alla ovariectomia, all' ovaroisterectomia alla isterectomia. Ebenda.
Taddei, La esclusione dell' ovaia dalla cavità peritoneale. Ebenda.
Smith, Pressure Conditions Within the Abdomen. The Amer. Journ. of Obstetr. August.
Delle Chiaie, Sull' ossigeno mobile nel sangue fetale. Arch. Ital. di Ginecol. Nr. 7.
Exchaquet, Contribution à l'étude des modifications globulaires du sang dans l'infection puerpérale. Ann. de Gyn., Août.

Personalien und Notizen.

(Personalien.) **Verliehen:** dem Privatdozenten Dr. Wilhelm Zangemeister in Königsberg der Professortitel.

(Die neuen Wiener Universitäts-Frauenkliniken) wurden am 21. Oktober feierlich eröffnet. Um 10 Uhr vormittags versammelte sich eine überaus große Anzahl von Gästen aus Nah und Fern im Hörsaale der Klinik Schauta. Es waren erschienen: der Statthalter Graf Kielmansegg, der Minister des Innern Freiherr v. Bienerth, Unterrichtsminister Dr. Marchet, zahlreiche Mitglieder des Wiener Professorenkollegiums, nahezu alle Wiener Frauenärzte und viele Vertreter anderer ärztlicher Spezialfächer. Von auswärtigen Festgästen hatten sich eingefunden: Geheimrat Prof. Dr. Martin aus Berlin, Prof. Hofmeier aus Würzburg, Prof. Konrad aus Greifswald, Prof. Amann aus München, Prof. Knapp aus Prag, Prof. Schmitt aus Linz, Prof. v. Valenta aus Laibach, Prof. Frank aus Olmütz und viele andere. Nach Begrüßung der Festgäste besprach Hofrat Prof. Dr. Friedrich Schauta die Bedeutung der Eröffnung der neuen Kliniken für Lehrer und Lernende, entrollte ein weit ausgreifendes Bild der zu leistenden wissenschaftlichen und praktischen Arbeit, wobei er es an einem Appell an den Fleiß und Lerneifer der Studenten nicht fehlen ließ. Sodann gedachte der Redner in schwungvollen Worten der Manen von Ignaz Philipp Semmelweis,

dem die Geburtshilfe so vieles zu danken habe. Er selbst und Chrobak hätten diesen Tag nicht vorüberziehen lassen wollen, ohne dem großen Förderer unserer Lehre in sinnfälliger Weise zu huldigen, und so übergeben sie der Universität das im Garten der neuen Kliniken von Charlemont ausgeführte, von Schauta und Chrobak gestiftete Denkmal Semmelweis'. Ein Rundgang durch die Klinik und die Besichtigung des stimmungsvollen, mit einem prächtigen Bronzerelief geschmückten Denkmals folgte der Festrede Schautas. Hierauf versammelten sich die Gäste im Hörsaale des Hofrates Prof. Dr. v. Rosthorn, dessen Antrittsrede über die „Klinische Beurteilung des Schmerzes“ von allen Anwesenden mit außerordentlichem Interesse verfolgt wurde. Die Feier war von nahezu vierstündiger Dauer und hinterließ in allen Teilnehmern unverlöschliche Eindrücke.

(Der Unterstützungsverein für Witwen und Waisen) jener Mitglieder des Wiener medizinischen Doktoren-Kollegiums, welche in die Witwen- und Waisensozietät nicht einverleibt waren, vollendet mit Abschluß des Jahres 1908 das 50. Jahr seines Bestandes. Der Verein, welcher nach seinen Gründern Hofrat Dr. Michael v. Viszanik und Hofrat Doktor Rudolf Ritter v. Vivenot kurz „Viszanik-Vivenot-Verein“ genannt wird, hat in diesen 50 Jahren an 1490 Witwen und 704 Waisen 248.000 K — also zirka eine Viertelmillion Kronen — zur Verteilung gebracht. Anläßlich dieses Jubiläums richtet die Vereinsdirektion an viele Behörden, Korporationen, Professoren und Ärzte Bittgesuche um Förderung des wohltätigen Zweckes. Insbesondere die Kollegen werden gebeten, sich recht zahlreich dem Vereine als Gründer (ein für allemal 100 K und darüber) oder als Mitglieder (von 6 K aufwärts) oder als Wohltäter anzuschließen. Bisher kamen der Direktion folgende Spenden zu: Hofrat Prof. Dr. Obersteiner 5 Notenrenten per 100 fl. = 1000 K; Bürgermeister Dr. Karl Lueger aus der Spende einer ungenannt sein wollenden Dame 500 K; das löbl. Wiener medizinische Doktoren-Kollegium 300 K; Polizeipräsident Karl Brzesowsky, Direktion der k. k. österr.-ungar. Bank und Fürst Adolf Josef Schwarzenberg je 50 K; Prof. Dr. Mannaberg und Frau Klarine Edle v. Lindheim geb. Vivenot je 20 K; Prof. Dr. E. Wertheim und Universitätsprofessor Dr. v. Noorden je 10 K; die Universitätsprofessoren Doktor Großmann, Dr. Exner und Dr. Gomperz je 6 K. Der Verein bittet auch auf diesem Wege um die kräftigste Unterstützung und hofft, daß im Jubiläumsjahre Sr. Majestät des Kaisers die Ärmsten der Armen nicht vergessen werden. Mögen alle Ärzte es sich zur Ehre anrechnen, an diesem herrlichen Werke der kollegialen Nächstenliebe sich zu beteiligen, auf daß auch ihr eigener Nachruf sei, was den Stein auf dem Ehrengrabe Viszaniks ziert:

Witwen, Waisen, Kranke, Irre,
Im Dankeschore rufen sie,
Stein und Erz sie sind vergänglich,
Doch Dein Nachruhm, Vater, nie!

Spenden mögen an die Direktionskanzlei, Wien, VIII/2, Albertgasse 2, I/12 oder an nachbenannte Herren: Dr. Anton Khautz v. Eulenthal, VII., Karl Schweighofergasse 6; Hofrat Prof. Dr. H. Obersteiner, XIX., Billrothstraße 69; Apotheker K. Lamatsch, IV., Wiedner Hauptstraße 14 und kaiserl. Rat Dr. Alois Gruber, VIII/2, Albertgasse 2, gesendet werden.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: **Dr. Oskar Frankl.**

Herausgeber, Eigentümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg.**

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

GYNAEKOLOGISCHE RUNDSCHAU.

ZENTRALORGAN

FÜR

GEBURTSHILFE UND FRAUENKRANKHEITEN.

II. Jahrg. **1908.** **22. Heft.**

Original-Artikel.

Zur Technik und Indikation des vaginalen Kaiserschnittes.

(Nebst Bemerkungen zu dem Artikel von Holmes: „Die blutigen Methoden der rapiden Dilatation und zu dem Referat von Eversmann über diesen Artikel im Zentralblatt für Gynaekologie, 1908, Nr. 34.)

Von **A. Dührssen,** Berlin.

Man ist heutzutage nicht sonderlich überrascht, wenn man Referate liest, welche gerade das Gegenteil von dem, was der Verfasser sagen wollte, als Meinung des Verfassers ausgeben. Es ist daher eine empfehlenswerte Maßnahme der Deutschen medizinischen Wochenschrift gewesen, daß sie ihren Mitarbeitern ans Herz legte, jeder Arbeit eine Zusammenfassung derselben anzufügen. Bei allgemeiner Durchführung dieses Prinzips brauchten die Referenten entweder nur die Zusammenfassung zu bringen oder an die Zusammenfassung eigene kritische Bemerkungen anzuknüpfen. Man wüßte dann jedenfalls mit Sicherheit, was der Autor als Quintessenz seiner Arbeit betrachtet hat.

So wäre es meiner Ansicht nach auch besser gewesen, wenn Eversmann in seinem Referat die Schlußsätze von Holmes vollständig wiedergegeben, dagegen den Satz fortgelassen hätte: „Holmes imputiert Dührssen gelegentlich nicht gerade schöne Motive für seine literarische Tätigkeit.“

Mir selbst war es nicht bewußt, daß mich „nicht gerade schöne Motive“ zu meiner literarischen Tätigkeit veranlaßt hätten —, um so neugieriger war ich natürlich, zu erfahren, wie Holmes eine derartige Behauptung begründete. Zu meinem Erstaunen fand ich jedoch in der ganzen Arbeit von Holmes keinen Passus, welchem man eine solche Deutung, wie Eversmann es getan, hätte geben können. Für einen Vorschlag legt mir allerdings Holmes ein Motiv unter, welches man wohl als unsinnig, nicht aber als „nicht schön“ bezeichnen darf. Bei der Kritik meines Vorschlags, bei Myomen, die ein Geburtshindernis bilden, gelegentlich die Enukleation der Myome mit dem vaginalen Kaiserschnitt zu verbinden, sagt er folgendes: „Wir fürchten, daß Dührssens ausführliche Beschreibung dieser schönen hypothetischen Technik nur gemacht ist, um ihm Gelegenheit zu geben, seine Priorität für eine weitere Indikation zu reklamieren, falls ein anderer Operateur eine vaginale Myomenukleation mit einem vaginalen Kaiserschnitt verbinden sollte.“

Die Behauptung, daß jemand Neuerungen nur deswegen veröffentlicht, um, wenn andere sie später ausführen, seine Priorität zu reklamieren, ist als unsinnig zu bezeichnen. Eine solche Behauptung eines Autors läßt man als Referent besser unbeachtet oder gibt sie im Interesse des vom Autor Angegriffenen wenigstens so ausführ-

lich und präzise wieder, daß der Leser sich ein Bild davon machen kann, worin die Behauptung besteht und ob dieselbe berechtigt ist.

Abgesehen von dieser einen Entgleisung von Holmes kann ich gar nicht finden, daß er mir „mit ganz ungewöhnlicher Schärfe“ entgegengetreten ist, wie der Referent sagt. Seine Kritiken betreffen entweder nebensächliche Punkte oder richten sich gegen Dinge, die ich gar nicht zu vertreten habe. Demgemäß lauten die ersten zwei Schlußsätze von Holmes folgendermaßen: 1. Die Übertragung der Kolpotomie und der Zervixspaltung auf die geburtshilfliche Chirurgie — und zwar in der Form des vaginalen Kaiserschnittes — ist einer der größten Fortschritte der Neuzeit. 2. Acconci und Dührssen sind unzweifelhaft die Erfinder dieser modernen Operation.

Was die Mitarbeit von Acconci anlangt, so hat Holmes in mehreren Punkten eine unrichtige Auffassung von derselben — hiervon kann man sich leicht durch die Lektüre des Kapitels „Vaginaler Kaiserschnitt“ in v. Winckels Handbuch der Geburtshilfe (III. Band, 1. Teil) überzeugen. Holmes hat vor allem übersehen, daß Acconci meinen ersten Vorschlag des vaginalen Kaiserschnittes gekannt haben muß und daß er infolge seines im 7. Monat operierten und unglücklich verlaufenen Falles weder die Leistungsfähigkeit der Operation am Ende der Schwangerschaft noch ihre Ungefährlichkeit beweisen konnte.

Bezüglich der Technik der Operation hält Holmes sich an die von mir am meisten empfohlene Spaltung der vorderen und hinteren Wand. Da der Streit darüber noch hin- und herwogt, ob dieses Verfahren oder mein ursprünglicher Vorschlag der alleinigen Spaltung der vorderen Wand den Vorzug verdiene, so möchte ich mich hierzu bei dieser Gelegenheit äußern. Meine Technik beschreibe ich in v. Winckels Handbuch folgendermaßen:

„Nach Entleerung von Darm und Blase und gründlicher Desinfektion der Vulva, ihrer Umgebung und der Vagina wird eine Ergotininjektion gemacht und dann bei Primiparen der Widerstand des unteren Scheidendrittels durch eine rechtseitige Scheidendamminzision beseitigt. Ist mittelst dieses Hilfsschnittes der Levator ani durchtrennt, so kann man bequem eine starke Mannesfaust in das Scheidengewölbe führen und die Scheidengewölbe und die Portio mit kurzen, breiten Spiegeln in sehr bequemer Weise einstellen. Diese stillen auch durch Kompression die Blutung aus dem größten Teil der angelegten Wunde, so daß man bei Mangel an Assistenz der isolierten Unterbindungen entraten kann. Die Portio wird nun seitlich mit zwei Kugelzangen gefaßt, die sofort durch zwei Fadenzügel ersetzt werden, und die hintere Lippe sagittal bis zum Scheidenansatz gespalten. In der Verlängerung dieses Schnittes wird das hintere Scheidengewölbe etwa 4 *cm* weit gespalten und durch einen in die Öffnung eingesetzten Spiegel das Douglasperitoneum stumpf von der hinteren Zervix- und Korpuswand abgeschoben. In derselben Weise wird die vordere Lippe und das vordere Scheidengewölbe gespalten und sodann die Harnblase sowie die Plica von der vorderen Zervix- und Korpuswand abgeschoben: Hierdurch sind die vordere und die hintere Uteruswand in einer Länge von je 6 *cm* vollständig freigelegt und es wird nunmehr die hintere und dann die vordere Uteruswand durch ein paar Scherenschläge rapide gespalten. Die gesetzte Öffnung, in welche die Fruchtblase, wenn sie noch erhalten ist, förmlich hineinfällt, muß so groß sein, daß eine kräftige Mannesfaust bequem hindurchgeführt werden kann. Diese Hand dringt rasch zu einem Fuß und extrahiert das Kind.“

Ich möchte besonders auf die Phase der Operation aufmerksam machen, bei der erst die Portio und in der Verlängerung der beiden Portioschnitte

die Scheidengewölbe sagittal mit der Schere gespalten werden. Man vermeidet hierdurch die Gefahr — die bei primärer Spaltung der Scheidengewölbe vorliegen kann —, zu tief zu schneiden, man legt ferner durch die primäre Spaltung der Portio die Umschlagstelle des Douglasperitoneums resp. die untere Harnblasengrenze in bequemer Weise frei und bewirkt dadurch, daß man das oberhalb der Scheidengewölbe gelegene Bindegewebe durchtrennt, schon ein Decollement des Douglasperitoneums resp. der Harnblase von der Zervix, welches sich dann in sehr bequemer Weise durch Finger- oder Spiegeldruck weiter nach oben fortsetzen läßt. Die Spaltung der hinteren Zervixwand allein — man braucht hier ja gar nicht in das untere Uterinsegment hineinzuschneiden — ist eine so einfache Prozedur, daß ich wirklich nicht verstehe, wie manche Operateure sich so gegen dieselbe sträuben können; manche allerdings nur so lange, bis sie durch Schaden klug geworden sind, indem die alleinige vordere Inzision ihnen keinen genügenden Raum für eine leichte Extraktion gewährte.

Wenn Winter[1]) bei 17 vaginalen Kaiserschnitten 6 Kinder durch das Verfahren verloren hat, „weil die Erweiterung der Zervix und des unteren Uterinsegments nicht genügend vorgenommen war", so ist das ein großer Fehler der Methode, welche eine leichte Extraktion und damit ein lebendes Kind gewährleisten muß. Dieser Fehler kann nicht „durch eine Spaltung der vorderen Uteruswand so weit als möglich nach oben" mit Sicherheit umgangen werden, wie Winter meint. Denn die Grenze des vorderen Schnittes ist gegeben durch die feste Anheftung des Peritoneums, deren Höhe variabel ist. Wohl aber wird dieser Fehler vermieden, wenn man bei ausgetragenen Kindern von vornherein auch die hintere Zervixwand spaltet, da die doppelte Spaltung ganz bedeutend mehr Raum schafft und weiter auch die Anlegung des vorderen Schnittes erleichtert, weil dieser naturgemäß nicht so weit hinaufzureichen braucht. Infolge dessen genügt bei der doppelten Inzision gewöhnlich auch der alleinige Zug an den Portiozangen oder Zügeln, um sich die zu spaltenden Uteruspartien völlig freizulegen. Man braucht also keine weiteren, höher eingesetzten Kletterzangen, welche noch neue Uterusverletzungen setzen. Der Operateur, welcher sich auf den alleinigen vorderen Schnitt kapriziert und diesen so groß anlegt, daß er nachher eine leichte Extraktion machen kann, muß notwendigerweise in vielen Fällen das Peritoneum eröffnen. Allerdings ist es möglich, daß sogar der Operateur selbst dieses Ereignis gar nicht merkt, weil infolge des starken Zuges am Uterus der vordere Schnittrand des Peritoneums ganz fest an die Korpuswand angepreßt wird. Wie wichtig aber auch heutzutage noch ein extraperitonealer Kaiserschnitt ist, beweisen die an die Frankschen und Selltheimschen Vorschläge des ventralen extraperitonealen Operierens angeknüpften Erörterungen.

Aus diesen Gründen halte ich die prinzipielle Empfehlung des alleinigen vorderen Scheiden- und Uterusschnittes, wie sie von Bumm im Anschluß an meinen ersten Vorschlag und an eine derartige von mir ausgeführte und ausführlich veröffentlichte Operation[2]) ausgegangen ist, für fehlerhaft, und es ist daher den Tatsachen nicht entsprechend, wenn Fritsch[3]) über den vaginalen Kaiserschnitt folgendes schreibt: „Meines Erachtens hat das größte Verdienst, die Methode verbessert, die

[1]) Monatsschr. f. Geburtsh. u. Gyn., Bd. 26, pag. 294.

[2]) Dührssen, Ein neuer Fall von vaginalem Kaiserschnitt bei Eklampsie etc. Archiv f. Gyn., 1900, Bd. 61, Heft 3.

[3]) Alte und neue Geburtshilfe. Deutsche med. Wochenschr., 1908, Nr. 33.

Operation zu einer typischen, leichten, sicheren, erfolgreichen gemacht und durch eine große Reihe von Operationen die Leistungsfähigkeit bewiesen zu haben: Bumm." Tatsächlich habe ich bereits die Operation in ihren verschiedenen Variationen zu einer typischen, leichten, sicheren und erfolgreichen gemacht und ihre Leistungsfähigkeit durch eine große Reihe von Operationen bewiesen. Habe ich doch bis Ende 1902, wo Bumm zu operieren anfing, bereits 43 Fälle zusammengestellt, die von mir und anderen operiert waren. Daß die meisten deutschen Kliniker erst nach den Publikationen von Bumm ihr Interesse dem vaginalen Kaiserschnitt zugewandt haben, könnte man ihnen eher zum Vorwurf, als Bumm zum Verdienst anrechnen.

Ich persönlich gehe nicht so weit und betrachte es als ein Verdienst von Bumm, daß er durch seine und seiner Schüler Publikationen für die Weiterverbreitung des vaginalen Kaiserschnittes gesorgt hat. Allerdings ist ihm auch dafür die Ehre zuteil geworden, daß ihm das Referat über den vaginalen Kaiserschnitt für den Kongreß der Deutschen Gesellschaft für Gynaekologie zu Kiel im Jahre 1905 übertragen wurde, während ich, der Erfinder der Operation, nicht berücksichtigt wurde und daher dem in meiner heimatlichen Provinz abgehaltenen Kongreß fern blieb. Auch haben die Publikationen von Bumm und seinen Schülern bei vielen Ärzten und Studenten, welche die Literatur dieses Gegenstandes nicht kennen, die Vorstellung geschaffen, als ob Bumm der Erfinder der Operation sei, die ich in allen von mir angegebenen Variationen als vaginalen Kaiserschnitt bezeichne, deren einer Variation er aber den Namen der Schnellentbindung oder der Kolpohysterotomia anterior gegeben hat. Aber diese geburtshilfliche Kolpohysterotomia anterior zwecks Schnellentbindung bei Eklampsie ist auch zuerst von mir angegeben.

Soll die durch Bumm angeblich bewirkte Verbesserung der Technik etwa darin bestehen, daß er die primäre Scheidendamminzision verwirft? Fritsch hält mit mir doch gerade diese bei Primiparae für notwendig. Allerdings entsprechen die Ausführungen von Fritsch bezüglich der Scheidendamminzision, die er den Schuchardtschen Schnitt nennt, nicht den literarisch feststehenden Tatsachen. Ich habe meine sogenannte Scheidendamminzision, deren Wesen in der Durchtrennung des Levator ani besteht, und die das Scheidenrohr vollständig eliminiert, für geburtshilfliche Fälle im Jahre 1899 und für die vaginale Exstirpation des karzinomatösen Uterus im Jahre 1891 angegeben. Erst 1894 hat Schuchardt einen Schnitt für letztere Operation empfohlen, bei welchem nur der Transversus perinei superficialis durchtrennt werden sollte. Und erst im Jahre 1900 hat Schuchardt erklärt, daß das Wesen seines Schnittes in der Durchtrennung des Levator ani bestände!

Der Schnitt also, welchen Fritsch mit mir als Voroperation des vaginalen Kaiserschnittes bei Primiparae empfiehlt, besteht in der Durchtrennung des Levator ani —, und diesen Schnitt habe ich sowohl für geburtshilfliche als auch für gynaekologische Fälle mehrere Jahre vor Schuchardt angegeben. Was die von Fritsch hervorgehobene Beteiligung von B. S. Schultze an dieser Angelegenheit anbelangt, so hat Exzellenz Schultze auf eine diesbezügliche Anfrage mir gütigst mitgeteilt, daß er die Spaltung der ganzen Vagina bis neben dem After hinab in geburtshilflichen Fällen nicht, dagegen zur Totalexstirpation des karzinomatösen Uterus angewandt und 1886 in der Deutschen Medizinalzeitung Nr. 2—4 veröffentlicht habe.

Ich habe nach Kenntnisnahme dieses Artikels die Überzeugung gewonnen, daß B. S. Schultze bei diesen Inzisionen den Levator ani nicht gespalten hat, da der Schnitt sonst nicht in das Rektum weiter gerissen wäre, vielmehr der Operateur durch

einen Levatorschnitt soviel Raum gewonnen hätte, daß er die Überzeugung erlangt hätte, ein solcher Schnitt müsse die Indikationen der vaginalen Totalexstirpation des karzinomatösen Uterus gegenüber der Freundschen Operation bedeutend erweitern. Bei der gegenseitigen Abgrenzung beider Operationen spricht B. S. Schultze jedoch gar nicht von der Scheidendammspaltung, wie denn überhaupt diese im kritischen Teil der Arbeit nicht erwähnt und nur in einer Operationsgeschichte das Faktum mitgeteilt wird, daß bei der Exstirpation eines Korpuskarzinoms „die senil enge Vagina vom Douglasschen Raum bis neben dem After hinab gespalten werden mußte, um das Corpus uteri durchzubringen, und die Inzision ins Rektum weiterriß."

Ich bin bei dieser Gelegenheit wieder in das Gebiet der Prioritätsansprüche hineingeraten und werde daher wohl von Fritsch als „Prioritätstiger" bezeichnet werden. Ich möchte daher über dieses Kapitel doch einige Worte äußern: Es gibt Leute, die vornehm erklären, „auf Prioritätsstreitigkeiten lasse ich mich nicht ein". Das sind teils Autoren, die eine Operation nochmals erfunden haben, oder Autoren, welche sich in einer hervorragenden amtlichen Stellung befinden, so daß für die Anerkennung ihrer Erfindungen resp. Zuerkennung von Erfindungen, die sie gar nicht gemacht haben, schon ihre Schüler resp. ihre Lehrbücher sorgen. Dann gibt es andere Autoren — und zu denen rechne ich mich —, deren Neuerungen zunächst totgeschwiegen werden sollten, dann auf das heftigste bekämpft wurden und schließlich anderen als Verdienst zugeschrieben wurden. Schweigt man in einem solchen Falle, dann heißt es später, der Betreffende habe zwar die Sache zuerst gemacht und empfohlen, aber die Bedeutung seiner Erfindung nicht erkannt. Und schließlich dienen doch solche Prioritätsstreitigkeiten einem hohen wissenschaftlichen Ziel, nämlich der Feststellung der Wahrheit! Warum soll man diese Feststellung späteren Geschlechtern überlassen, für die sie doch naturgemäß viel schwieriger ist. Und daß die Wissenschaft an solchen Streitigkeiten doch ein erhebliches Interesse besitzt, beweisen z. B. die neuerlichen Veröffentlichungen über die Frage, ob Vesal oder Leonardo da Vinci der Gründer der modernen Anatomie war, und über die Frage, welchen Anteil Garzia, Czermak und Türck an der Begründung der Laryngoskopie gehabt haben.

In ähnlichem Sinne hat sich schon früher Zweifel[1]) geäußert. In seinem Referat „Die Behandlung der Myome" sagt er folgendes: „Wie ich schon bei den vaginalen Operationen zu bemerken hatte, scheint es über alle Fortschritte der Wissenschaft zu Prioritätsstreitigkeiten kommen zu müssen. Warum? Wenn etwas Neues auftaucht, ist es zunächst schwer, zu entscheiden, ob etwas Nützliches daran ist; auch können manchmal rasch einige Schwächen der Neuerung erkannt und verbessert werden. Unter solchen Umständen kann es keine Prioritätsstreitigkeiten, nur Zurücksetzungen auf der einen und Enttäuschung auf der anderen Seite geben. Der Prioritätsstreit beginnt erst, wenn der Wert eines neuen Verfahrens erkannt und nun durch Deutungen aller Art versucht wird, das Verdienst einem Späteren, einem Freunde, einem Lehrer oder einem Landsmanne zuzuschieben. Wer jedoch dabei unberechtigte Ansprüche erhebt, vergißt, daß die gedruckten Worte den Wert von Dokumenten haben, und daß er durch unrichtige Prioritätszuwendungen seinem eigenen Ansehen mehr schaden als einem andern nützen kann."

Wenn auch begreiflicherweise die Prioritätsstreitigkeiten bei den praktischen Ärzten auf wenig Interesse zu rechnen haben, so sind sie in anderer Hinsicht doch eine Pflicht der Wissenschaft. Es gehört zu deren Aufgaben, erweisbare Unrichtigkeiten zu ver-

[1]) Verhandl. d. Deutschen Gesellsch. f. Gyn. zu Berlin 1899.

bessern und es sind gerade Referate für Kongresse, welche in den Verhandlungen leicht einer Korrektur zugänglich sind, falls sich Irrtümer eingeschlichen haben, die richtigen Orte zur Erledigung.

Die Prioritätsstreitigkeiten können nicht umgangen werden, denn „es kann der Frömmste nicht im Frieden leben, wenn es dem bösen Nachbar nicht gefällt". Er könnte es freilich doch, wenn er sich alles, auch das Unrecht gefallen ließe; aber nur dann.

Ich wende mich nunmehr einer weiteren Betrachtung der Holmesschen Schlußsätze zu:

Ob man die Fibroide ventral oder vaginal operieren soll, ist natürlich diskutabel und hängt auch davon ab, ob der Operateur außerhalb der Schwangerschaft die Myome meistens ventral oder vaginal operiert.

Daß der vaginale Kaiserschnitt bei Eklampsie tatsächlich bessere Resultate hat als die anderen Methoden, ist heutzutage schon bewiesen — besonders durch die großen Statistiken von Veit und Bumm. Die Veitschen Fälle schließt Holmes ganz willkürlich aus der von mir in Winckels Handbuch gegebenen Statistik aus, weil sie Resultate des Zufalls seien!

Bei Placenta praevia empfehle ich den vaginalen Kaiserschnitt nur, wo das Kollum nicht die genügende Weite resp. Dehnbarkeit für die Ausführbarkeit der Metreuryse resp. der kombinierten Wendung besitzt, oder wo es, wie z. B. bei einer alten Erstgebärenden und ausgetragenem Kind, auch sehr viel auf die Erhaltung des Kindes ankommt (l. c. pag. 596). Diese Indikation läßt auch Holmes gelten, wenn er auch freilich einen von mir operierten Fall abfällig kritisiert. Von dem Fall meint er nämlich mit Unrecht, daß man einen Finger durch die Zervix hätte führen können, weil ich vorher einen handbreiten Gazestreifen durchgebracht hätte: Mein Zeigefinger hat aber einen Umfang von 6 *cm*, ein solcher Streifen, zusammen mit der Führungssonde, nur von $1^1/_2$ *cm*.

Die Einwände von Holmes gegen den vaginalen Kaiserschnitt bei vorzeitiger Lösung der normal inserierten Plazenta sind nicht stichhältig. Das Operationsgebiet ist durchaus nicht mit Blut überströmt, wenn man in diesen Fällen nur einen vorderen Schnitt macht. Aber auch der hintere Schnitt läßt sich nach Einführung eines Tupfers in den Zervikalkanal exakt anlegen. Wenn die Zervix durch andere Methoden, wie Holmes es in 9 Fällen beobachtete, leicht und schnell zu dilatieren ist, dann wäre es natürlich nicht gerechtfertigt, den vaginalen Kaiserschnitt zu machen. Bei rigider Zervix ist aber meiner Ansicht nach der von Holmes empfohlene abdominelle Kaiserschnitt heutzutage nicht mehr berechtigt.

Blasenverletzungen habe ich nie beim vaginalen Kaiserschnitt gemacht, sie sind bei der oben beschriebenen Technik mit Sicherheit zu verhüten. Das Weiterreißen der Inzisionen läßt sich bei genügend großen Inzisionen vermeiden, Atonie des Uterus kommt auch nach anderen Entbindungsmethoden vor. Absolut gefahrlos ist natürlich keine Operation, ist auch keine andere entbindende Operation. Die Entbindung durch vaginalen Kaiserschnitt ist aber bedeutend gefahrloser als jede andere bei nicht dilatabler Zervix in Betracht kommende Entbindungsmethode. Daß Geburtsstörungen nach vaginalem Kaiserschnitt kaum zu erwarten sind, davon hätte sich Holmes durch die Lektüre meiner diesbezüglichen Beobachtungen und Bemerkungen (l. c.) überzeugen können. Bis jetzt sind gefährliche Störungen bei späteren Geburten nicht beobachtet. Stähler[1]) beobachtete eine Geburtsdauer von

[1]) Gyn. Rundschau, 1. Jahrg.

67 Stunden, die er zum Teil auf die Unnachgiebigkeit der vorderen Uterusnarbe zurückführt. Eine spätere lange Geburtsdauer wird aber doch niemanden von der Ausführung des vaginalen Kaiserschnittes abhalten, wenn er durch ihn Mutter oder Kind oder beide aus Lebensgefahr befreien kann.

Bei alleiniger Lebensgefahr des Kindes und nicht dilatabler Zervix bin ich der Ansicht, daß heutzutage unter günstigen äußeren Umständen der vaginale Kaiserschnitt indiziert ist, falls die Eltern darüber aufgeklärt sind, daß weiteres Abwarten zunächst nur für das Kind, nicht für die Mutter gefährlich ist. Ein diesbezüglicher von mir publizierter Fall in der Münchener med. Wochenschrift[1]) ist deswegen besonders instruktiv, weil er die Frau eines Kollegen betrifft. Daselbst teile ich auch eine Vereinfachung der Technik[2]) mit, die in der Kombination der Metreuryse mit dem vaginalen Kaiserschnitt besteht, und einen Fall von vaginalem Kaiserschnitt wegen Einschnürung des nachfolgenden Kopfes, wobei das Kind gerettet wurde.

Bei fixiertem Uterus erklärt Holmes den vaginalen Kaiserschnitt für sehr schwierig. In solchen Fällen muß man eben das Scheidenrohr durch eine Scheidendamminzision eliminieren. Vor diesem „verstümmelnden" (!) Hilfsschnitt warnt jedoch Holmes, weil er zudem schlecht per primam heilt. Fritsch dagegen hält ihn, wie auch ich, bei Primiparae für notwendig und rühmt gerade die regelmäßige tadellose Heilung! Bumm[3]) will, wie schon oben erwähnt, den Schnitt erst machen, wenn die Scheide der Extraktion einen kräftigen Widerstand entgegensetzt. Hierdurch erleidet die Geburt gerade dann eine Verzögerung, wo sie im Interesse des gewendeten Kindes schnellstens beendet werden muß.

Was Holmes also an dem vaginalen Kaiserschnitt auszusetzen hat, ist tatsächlich nicht viel, und die Gründe, die er seinen tadelnden Bemerkungen unterlegt, beruhen zur Zeit nicht auf Tatsachen, sondern auf Spekulationen!

Schlußfolgerungen.

1. Die Technik des vaginalen Kaiserschnittes in allen ihren jetzt geübten Variationen ist von Dührssen von vornherein angegeben worden.

2. Bumm hat nicht die Technik verbessert, sondern sich als bevorzugte Methode des konservativen vaginalen Kaiserschnittes nur die Variation des vaginalen Kaiserschnittes ausgewählt, welche in der alleinigen Spaltung der vorderen Uteruswand besteht, und ihr den Namen der Kolpohysterotomia anterior oder Schnellentbindung gegeben.

3. Bumm läßt sogar einen nach Fritsch wesentlichen Bestandteil der Dührssenschen Technik fort — nämlich die primäre Spaltung eines engen Scheidenrohrs durch eine Scheidendamminzision.

4. Sofern das Wesentliche der Scheidendamminzision mit Dührssen und mit Schuchardt in einer Spaltung des Levator ani gesehen wird, so hat Dührssen diese Inzision in die Geburtshilfe eingeführt und auch vor Schuchardt für die vaginale Exstirpation des karzinomatösen Uterus empfohlen.

---

[1]) 1908, Nr. 40. Der vaginale Kaiserschnitt in der Praxis.

[2]) Siehe auch Dührssen, Die geburtshilfliche Dilatation in der Hand des praktischen Arztes. Therapeut. Rundschau, 1908, Nr. 10—12.

[3]) Verhandl. d. Kongresses der Deutschen Gesellsch. f. Gyn. zu Kiel 1905.

5. B. S. Schultze hat nach eigener Mitteilung an Dührssen niemals in der Geburtshilfe die Scheidendamminzision gemacht, wie sie nach Dührssen und Fritsch als Voroperation des vaginalen Kaiserschnittes bei Primiparae nötig ist. Bei einer vaginalen Exstirpation des karzinomatösen Uterus hat er vor Dührssen eine Spaltung des Scheidenrohrs und des Dammes gemacht, bei welcher er den Levator ani jedoch (nach der Ansicht von Dührssen) nicht durchschnitten hat. Als für die Erweiterung der vaginalen Uterusexstirpation geeignete Methode hat er diese Spaltung überhaupt nicht beschrieben.

6. Dührssen ist derselben Ansicht wie Holmes, daß die Indikationen des vaginalen Kaiserschnitts noch diskutabel sind. Jedenfalls ist er aber heutzutage, unter günstigen äußeren Verhältnissen, bei sonst nicht dilatabler Zervix auch im alleinigen Interesse des Kindes gerechtfertigt. Hier kann er z. B. auch bei Einschnürung des nachfolgenden Kopfes lebensrettend wirken.

7. Eine Vereinfachung der Technik läßt sich bei mangelnder Assistenz durch die Kombination der Metreuryse mit dem vaginalen Kaiserschnitt erzielen.

8. Gefährliche Geburtsstörungen sind bei späteren Geburten nach vaginalem Kaiserschnitt nicht beobachtet worden.

Beitrag zur Pyelonephritis gravidarum.

Von Dr. F. Weindler, Frauenarzt in Dresden.

Erst in jüngster Zeit hat man in Deutschland dem erfreulicherweise nicht allzu häufig auftretenden Krankheitsbilde der Pyelonephritis in der Schwangerschaft vermehrte Beachtung geschenkt. Kaltenbachs erste diesbezügliche Ausführungen aus den siebziger Jahren fanden auffallend wenig Gehör, so daß dann hauptsächlich französische Autoren auf diese eigenartigen Krankheitsfälle hinwiesen, bei denen im Verlaufe der Schwangerschaft unter stürmischen Erscheinungen und typischem Eiterfieber eine akute Nierenbecken- bzw. Nierengewebseiterung auftrat.

Später konnten deutsche Autoren, namentlich Opitz, in einer zusammenfassenden, wichtigen Arbeit (in der Festschrift für Olshausen[1]), Lomer, Deseniss und Mirabeau über weitere Fälle berichten. Diese letzteren zeichnen sich vor anderen Beobachtungen schon deswegen besonders aus, weil die bisher fast gar nicht in Anwendung gebrachten zystoskopischen Untersuchungsmethoden Verwendung fanden — Methoden, die in der gynaekologischen Diagnostik kaum mehr zu entbehren sind und auch hier zur Klärung und Entscheidung verschiedener prinzipieller Fragen herangezogen werden müssen. So ist unter anderem nur mit Hilfe zystoskopischer Untersuchung in die Ätiologie der Erkrankung helleres Licht gebracht und damit eine exaktere Klassifizierung der verschiedenen Krankheitsformen aufgestellt worden.

Je nach der Art der Infektionserreger: Bacterium coli commune, Gonokokken, Staphylo- und Streptokokken, Tuberkelbazillen ergaben sich auch durch das Tierexperiment bestätigte, charakteristische Krankheitsbilder, denen im folgenden zwei weitere hinzugefügt werden sollen.

Es mag vorausgeschickt werden, daß es sich bei den beiden genauer beobachteten und untersuchten Fällen je um eine sicher nachgewiesene gonorrhoische Infektion

[1]) Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gynaek., Bd. 55.

und eine solche mit Streptokokken gehandelt hat, die auf aszendierendem Wege das Nierenbecken erreicht hatten; also zwei echte Cysto-Uretero-Pyelo-Nephritiden, wie man auch die Erkrankung in etwas umständlicher Weise benannt hat.

Jedenfalls möchte ich in Übereinstimmung mit den meisten deutschen Autoren, vor allem mit Opitz, und in direktem Gegensatz zu der Mehrzahl der französischen Forscher den aufsteigenden Infektionsweg von der Blase her als den bei weitem häufigeren erachten; erst in zweiter Linie kommen die deszendierenden Prozesse in Betracht, so z. B. nach Traumen, bei Fremdkörpern und bei den tuberkulösen Infektionen der Harnwege.

Richtiger wäre es allerdings, diese eben genannten tuberkulösen Nierenaffektionen ganz von der in Frage stehenden Erkrankung zu trennen, allein schon in Anbetracht der ungünstigen Prognose der ersteren, die wohl eine vorübergehende Besserung, aber vollständige Ausheilung kaum zeigen werden.

Mit vollem Fug und Recht hat sich Opitz sehr energisch gegen den in der Literatur so oft angegebenen und als etwas ganz gewöhnliches und selbstverständliches angesehenen Modus der Infektion durch direkte Auswanderung von Kolibakterien aus der Darmwand in die Harnwege ausgesprochen. Aber immer wieder von neuem taucht diese offenbar sehr bequem erscheinende Ansicht einer Infektion per diapedesin hervor — ungeachtet jener zahlreichen Untersuchungen von Lenhartz, Max Neisser, Opitz u. a. m.

Selbstverständlich wird unter besonderen Verhältnissen, z. B. bei entzündlichen Vorgängen in der Darmwand (Geschwürsbildung, Gangrän) eine Auswanderung von Bakterien durch die in ihrer Struktur veränderte Darmwand vor sich gehen können; aber dies sind, wie gesagt, ganz besondere Verhältnisse, denen man auch solche Tierversuche hinzuzählen muß, wie sie z. B. Mirabeau ausführte, der erst nach Annähung des Zökum an die Nierenkapsel durch Injektionen von Kolibakterien vom Darm aus eine Kolipyelitis auftreten sah. In derartigen Experimenten liegt offenbar etwas widernatürliches, ganz abgesehen davon, daß auch unter natürlichen Verhältnissen der Grad der Giftigkeit der hier injizierten Bakterien durchaus nicht derselbe zu sein braucht wie beim Tierexperiment.

Desgleichen ist auch die immer wieder als ein besonders häufiges ätiologisches Moment betonte Anschauung nicht haltbar, daß durch den wachsenden Uterus eine Ureterkompression an der Linea innominata und infolgedessen eine Harnstauung zustande käme. Diese vielverbreitete und scheinbar sehr naheliegende Anschauung paßt ganz und gar nicht auf die meisten in der Literatur beschriebenen Fälle von Pyelonephritis — auch nicht auf die selbst gesehenen, bei denen entweder der Ureterenkatheter ohne Schwierigkeit bis in das Nierenbecken hinaufgeführt werden konnte bzw. eine so frühe Gravidität bestand (2.—3. Monat), daß hier erst recht ein Druck des graviden Uterus auf den Harnleiter auszuschließen war. Solange wir es mit beweglichen Tumoren in der Leibeshöhle zu tun haben — wobei ein gegenseitiges Ausweichen und Sichanpassen immerhin möglich ist — und nicht mit fixierten, im Beckenraume festverwachsenen Tumoren, da kann von Kompression und Harnstauung keine Rede sein.

Da, wie nochmals betont werden muß, die Stauungserscheinungen im Harnleiter in der Mehrzahl der Fälle nicht erst in den letzten Monaten der Schwangerschaft, sondern viel früher aufzutreten pflegen, so werden wir zur weiteren Aufklärung wichtigere ätiologische Momente für die aufsteigende Harninfektion heranziehen müssen.

Die zystoskopischen Bilder weisen uns vor allem auf anatomische Veränderungen im Blaseninnern hin.

Bereits seit Winters grundlegenden Untersuchungen kennen wir die infolge der Blutüberfüllung in der Schwangerschaft hervorgerufene Schwellung der Blasenwände: besonders das Trigonum nimmt an dieser hyperämischen Anschwellung teil. Verlegen nun diese ödematösen Wulstungen und Vorsprünge, die im Zystoskop für den ersten Moment das Bild einer polypösen Wucherung vortäuschen können, die Eintrittsstellen des Ureters in die Blase, so wird dadurch der Urinabfluß erschwert; es kommt zu einer Rückstauung, die den einwandernden Bakterien — begünstigend wirkt ein weites Harnröhrenlumen — reichlich Gelegenheit gibt, sich anzusiedeln und in dem durch die Rückstauung erweiterten Harnleiter bis ins Nierenbecken hinaufzuwandern: kurz, die Urinretention geht nunmehr in eine Pyelitis über.

Allein diese eben erwähnten hyperämischen Veränderungen des Blaseninnern sind meines Erachtens in nicht seltenen Fällen bereits der Ausdruck einer beginnenden Zystitis. In der Tat sind Blasenkatarrhe in der Schwangerschaft, wie ich mich oft genug überzeugen konnte, ein überaus häufiges Vorkommnis, das nicht einmal bemerkliche, äußere Symptome hervorzurufen braucht und gerade deshalb so leicht übersehen werden kann, wie es mir selbst in einigen Krankheitsfällen erging. Diese schleichenden, latenten bakteriellen Blasenkatarrhe spielen als begünstigende Umstände für die aufsteigende Harninfektion die wichtigste Rolle; diese frühzeitig zu erkennen und unschädlich zu machen, dürfte von der allergrößten Bedeutung sein. Ein vernachlässigter Blasenkatarrh in der Schwangerschaft, in der doch alles durch die Blutüberfüllung der Beckenorgane bis zu den Nieren hinauf für eine Infektion vorbereitet erscheint, kann schweres Unheil anrichten; darum sind auch hier die Hebel anzusetzen, um der aszendierenden Infektion vorzubeugen.

Fassen wir es nochmals kurz zusammen, so sind unter den angegebenen ursächlichen Momenten für das Zustandekommen einer Pyelonephritis die naheliegendsten: die in der Schwangerschaft häufig genug vorhandene, zumeist auf anatomische Veränderungen des Blaseninneren beruhende Harnstauung und die Blasenkatarrhe.

Welch wechselvolles Bild die Pyelonephritis in der Schwangerschaft darbieten kann, mögen die zwei folgenden charakteristischen Krankheitsfälle dartun:

I. Die erste Patientin, eine 24jährige, bisher vollkommen gesunde Erstgebärende, ungefähr im dritten Monat der Gravidität, hatte gleich in dem ersten Monat nach der Verheiratung einen Blasenkatarrh erworben, nachgewiesenermaßen gonorrhoischer Natur. Bei der ersten Untersuchung in der Sprechstunde sind es ganz unbestimmte Beschwerden, über die die Patientin zu klagen hat: Kopfschmerzen, Mattigkeit, Obstipation, leichte Übelkeit, unbestimmtes Druckgefühl im Leib, unangenehme Empfindungen bei dem auffallend häufigen Urinlassen — also, alles unklare, vieldeutige Beschwerden, die ebensogut auf die bestehende Schwangerschaft bezogen werden konnten und die in den ersten Tagen an ernstere Komplikationen von seiten der Harnwege nicht denken ließen. Erst um volle 8 Tage später, nachdem eine deutliche Druckempfindlichkeit der Blase und besonders in der rechten Nierengegend, die bis in die rechte Fossa iliaca gefühlt wird, nachweisbar ist, führt die genauere Untersuchung des Urins auf den richtigen Weg. Dabei besteht geringer Fieberanstieg bis 37·9° und frequenter Puls zwischen 94 und 104; kein Schüttelfrost.

Der frisch katheterisierte Urin ist eitrig getrübt, enthält geringe Eiweißmengen; mikroskopisch finden sich: Leukozyten, rote Blutkörperchen, ganz vereinzelt Zylinder, Epithelien und zahllose Bakterien, die sich als Gonokokken erweisen. Die Menge des Urins ist etwas vermehrt: 1350 *ccm*; hohes spezifisches Gewicht: 1019.

Auffallend wenig beeinträchtigt erscheint in der Folgezeit das Allgemeinbefinden, so daß die bereits früher angeordnete Bettruhe, blande Diät, Prießnitzumschläge weiter fortgeführt

werden, nur treten jetzt noch hinzu: reichliche Durchspülungen der Harnwege durch Trinken von warmem Tee, Wildunger Wasser, Blasenspülungen mit Borlösungen und Gaben von Harndesinfizientien: Salol bzw. Urotropin (3mal täglich 1·0). Innerhalb der nächsten 3 Wochen schwindet unter dieser Behandlung langsam der Eiter bzw. Eiweißgehalt aus dem Urin, die frühere Druckempfindlichkeit im Leib und in der Nierengegend ist vollkommen zurückgegangen. Die Patientin bleibt ständig unter ärztlicher Kontrolle und erholt sich zusehends. Zur rechten Zeit, im November 1907, wird innerhalb von 9 Stunden spontan ein lebendes Kind geboren; das Wochenbett ist nur durch eine mäßige Nachblutung gestört.

Wenn ich mich an einige ähnliche, vielleicht nicht genügend gewürdigte Fälle von länger dauernder bakterieller Zystitis in der Schwangerschaft zurückerinnere, so liegt die Vermutung nahe, als ob es sich damals auch um eine gleiche, schleichend verlaufende Pyelonephritiserkrankung gehandelt haben mag, die bei genauerer Urinuntersuchung — und das ist der wichtigste und entscheidendste Teil der Untersuchung — erkannt worden wäre.

II. Nun der zweite Fall, der ganz im Gegensatz zu dem eben berichteten gleich mit den signifikantesten und bedrohlichsten Erscheinungen eines pyelitischen Anfalles einsetzte.

Abermals eine Erstgebärende, 20 Jahre alt, die bisher stets gesund gewesen und niemals irgend welche Erscheinungen von seiten der Harnwege gehabt hatte. Bis zum normalen Schwangerschaftsende waren ungefähr noch 2—3 Wochen Zeit. Der Hausarzt hatte die Patientin ca. 2 Wochen lang wegen eines frisch erworbenen Blasenkatarrhs exspektativ behandelt.

Am 3. November 1907 tritt ganz plötzlich eine Verschlechterung des bisher nicht besonders beeinträchtigten Befindens ein, nachdem die Patientin trotz strengsten ärztlichen Verbotes bei naßkaltem Wetter ausgegangen war. Ich finde die junge Frau am Abend des 4. November — sie war in meine Klinik transportiert worden — mit rasenden Rückenschmerzen, vornehmlich in beiden Nierengegenden, einer Temperatur von 39·9° und Puls 132; an demselben Tage waren bereits drei Schüttelfröste aufgetreten. Das Sensorium ist benommen, man hat unmittelbar den Eindruck, eine schwer Erkrankte vor sich zu haben. Objektiv ist eine starke Druckempfindlichkeit des Leibes und beider Nierengegenden festzustellen; Fundus uteri steht in Höhe des Rippenbogens.

Um die Kranke zunächst über die Nacht hinwegzubringen, werden zweimal kleinere Morphingaben verordnet, doch ohne wesentliche Linderung. Am nächsten Morgen Befinden unverändert, die Schmerzen in beiden Nierengegenden bestehen in unverminderter Stärke fort. Leichte Zusammenziehungen des Uterus werden beobachtet. Für eine genauere Untersuchung wird mittelst Katheter Urin entnommen; derselbe ist sauer, wenig eiweißhaltig, zeigt reichliches eitriges Sediment; in 24 Stunden 2050 *cm*^{3}; hohes spezifisches Gewicht 1021. Im mikroskopischen Bilde sieht man zahlreiche weiße, vereinzelte, rote Blutkörperchen, spärliche hyaline Zylinder, Nierenbeckenepithelien. Die Kulturversuche ergaben fast ausschließlich Streptokokken.

Die innere Untersuchung ergibt: Muttermund auf Einmarkstückgröße geöffnet, Kopf zwischen Beckeneingang und Mitte. Es wird die Blase gesprengt; das Fruchtwasser ist nicht übelriechend. Das Kind liegt in erster Schädellage. Nach 10stündigen kräftigen Wehen ist der Muttermund vollkommen eröffnet; es wird sofort mittelst Forzeps ein lebendes Kind entwickelt (3080 *g*, 51 *cm* lang). Plazenta folgt spontan; eine stärkere Nachblutung wird durch die üblichen Maßnahmen zum Stillstand gebracht. Im Wochenbett noch ein einmaliger Anstieg bis auf 39·4° und Puls 124; vom 8. Tage des Wochenbettes an fieberfreier Verlauf. Die Schmerzhaftigkeit in den Nierengegenden läßt langsam nach und verschwindet vom 20. Wochenbettstage; nur bleiben während der ganzen Dauer des Puerperiums leichtere Beschwerden der Blase zurück, die sich bei Gebrauch von Urotropin immer mehr bessern. Noch längere Zeit bis zum Ende der sechsten Woche werden Spuren von Eiweiß und Eiter im Urin nachgewiesen. Die vollständige Genesung darf man sicherlich erst mit beginnendem vierten Monat ansetzen.

Also hier ein unverkennbares typisches Krankheitsbild, dort eine gewisse Schwierigkeit in der richtigen Deutung des Pyelonephritis, da sich die Erscheinungen kaum von denen einer einfachen Blasenerkrankung abhoben. Das ganz akute Auftreten der Erkrankung im zuletzt berichteten Fall, die hohen Fieberanstiege, die den Charakter des typischen Eiterfiebers trugen, die kolikartigen Schmerzen in den Nierengegenden, die Harnbeschwerden, die Schüttelfröste machten fast ohne weiteres das Bild verständlich. Zu alledem gehört aber unbedingt ein genauer Urinbefund, da die genannten Symptome schließlich auch noch eine weitere Deutung zulassen (akute Peritonitis, Appendizitis oder Adnexerkrankung).

Noch ein kurzes Wort betreffs der geburtshilflichen Therapie. Wir leben in einer operationsfreudigen Zeit, in der mit geburtshilflichen Operationen gewiß etwas allzu freigebig umgegangen wird. Beim Studium der Literatur hat man auch in unseren Krankheitsfällen nicht selten das Empfinden, als ob so manche Einleitung der Frühgeburt, so manche Nierenspaltung bzw. Nierenentfernung vielleicht ein zu aktives Unternehmen gewesen ist; auch dürfte eine gewisse Vorsicht mit den von André empfohlenen Durchspülungen des Nierenbeckens geboten sein.

Selbst in den schwersten Fällen sollte man zunächst mit den bereits angedeuteten exspektativen Maßnahmen auszukommen suchen, Maßnahmen, die selbstverständlich auf die Ursachen der Pyelonephritis (Harnstauung, Blasenkatarrh) gerichtet sein müssen. Die künstliche Unterbrechung der Schwangerschaft, die einem auch ärztlicherseits häufig genug recht nahegelegt wird, mag auch hier für den äußersten Notfall nach Versagen aller abwartenden Therapie reserviert bleiben.

Überblicken wir nochmals kurz die besprochenen Verhältnisse, so dürften wohl folgende Sätze zu Recht bestehen:

1. Die Fälle in der Schwangerschaft mit unklaren, fieberhaften Erscheinungen müssen des öfteren katheterisiert und einer genaueren Harnuntersuchung unterzogen werden.

2. Auf eine frühzeitige eingehendste Behandlung von entzündlichen Blasenaffektionen, die infolge von Harnstauung ein häufiges Vorkommnis in der Schwangerschaft sind, muß das Hauptgewicht gelegt werden.

3. Bei der ausgebrochenen Pyelonephritis suche man — selbst in den schwersten Fällen — mit exspektativen Methoden auszukommen.

Bücherbesprechungen.

De Keating-Hart, Die Behandlung des Krebses mittelst Fulguration. Übersetzung von E. Schümann. (Akad. Verlagsgesellschaft, Leipzig 1908.)

Bei dem enormen Interesse, das gegenwärtig allen Publikationen aus dem Gebiete der Krebsfrage entgegengebracht wird, ist die vorliegende Übersetzung der Originalarbeit Keating-Harts ein dankbares Unternehmen. Die Arbeit enthält eine genaue Beschreibung des Instrumentariums und eine detaillierte Darstellung der gesamten Technik der Fulguration. Die Nachbehandlung ist im notwendigen Ausmaße berücksichtigt. Bemerkenswert sind die Angaben über die physiologischen Wirkungen des Blitzfunkens auf normales und neoplastisches Gewebe sowie Beobachtungen regressiver Veränderungen der Metastasen nach Fulguration des primären Tumors. Im Anhange

des Werkes orientieren zahlreiche, nach Photographien angefertigte Illustrationen über die bisherigen, zum Teil recht auffallenden Heilungsresultate. Die einzelnen Bilder werden durch die beigefügten Krankengeschichten hinlänglich kommentiert. Sympathisch berührt der bescheidene Optimismus des Autors, dessen ehrliches Bestreben, im Kampfe gegen die Todeskrankheit neue Waffen zu schmieden, unter allen Umständen höchst anerkennenswert ist. H. Thaler.

G. Korach, Innere Krankheiten der Schwangeren und die Indikationen zur Einleitung des Aborts. (Benno Konegen, Leipzig 1908.)

Der Inhalt dieser kurzen Abhandlung wird dem Praktiker wohl kaum als Richtschnur behufs Informierung innerhalb dieses Grenzgebietes empfohlen werden können. Neben Unzeitgemäßem finden sich auch Mängel anderer Art. So sei auf die Betonung des Selbstbestimmungsrechtes der Mutter, auf die einseitige Darstellung der Beziehungen zwischen Herzkrankheiten und Schwangerschaft verwiesen. In dem die Hyperemesis betreffenden Abschnitte vermißt man unter den angeführten, konservativ therapeutischen Maßnahmen die so wertvolle Kombination der Liegekur mit absoluter Milchdiät.

H. Thaler.

Hoehne, Die Erfolge und Dauererfolge der Hebosteotomie an der Kieler Universitätsfrauenklinik. (Samml. klin. Vortr. Nr. 182/183. Johann Ambrosius Barth, Leipzig 1908.)

Verf. stellt die Forderung, daß das Kind, um dessen willen wir hebosteotomieren, lebend und lebensfähig zur Welt kommt; schon daraus folgt, daß Fälle, die bereits mit hohem Forzeps vergebens behandelt wurden, für den Schambeinschnitt ungeeignet sind. Von den 20 Fällen der Kieler Klinik wurden alle Kinder lebend geboren, aber bloß 18 gesund aus der Klinik entlassen. Ohne beckenerweiternde Operation wären sicher 16 gestorben. Eine Frau ist gestorben, doch ist der Todesfall nicht sicher der Hebosteotomie zur Last zu legen. Die Blutung war meist gering, eine Blasenläsion wurde nicht beobachtet. Es wurde die stumpfe Döderleinsche Nadel stets unter Kontrolle von der Vagina aus durchgeführt, die Harnblase bei Gebrauch der scharfen Bummschen Nadel vom Kroemerschen subpubischen Weichteilschnitt aus geschützt. Kommunizierende Scheidenrisse ereigneten sich 7mal. Mit der Entbindung wurde nach erfolgtem Schnitt nicht gewartet. Die absolute Wochenbettsmorbidität nach dem Schambeinschnitt ist derzeit noch recht hoch. Doch wurden 18 Frauen vollkommen beschwerdelos entlassen. Verf. skizziert kurz die Indikationsstellung zur Beckenspaltnng, betont aber die Wichtigkeit des Individualisierens nicht bloß bezüglich der Anzeigestellung, sondern auch der fallweise zu wählenden Technik. Eine Tabelle mit genauen kasuistischen Angaben der 20 beobachteten Fälle schließt die interessante Arbeit.

K.

Aus fremdsprachiger Literatur.

Aus der italienischen Literatur.

Spangaro (Padua): **Sul Prolasso dell' utero e su di un nuovo processo di ventrofissazione.** (Archivio, III, 1907.)

Ein an sich nicht neues Verfahren, bestehend in einer zweizeitigen Operation. In der ersten Sitzung wird durch vordere Kolporrhaphie und Perineoplastik der Beckenboden restauriert. Der zweite Teil der Operation besteht in einer Ventrofixur nach einer von der Peter Müllerschen und Kocherschen abweichenden Form (indem der Uterus in starker Anteversion mit seiner Hinterfläche in die Bauchwand eingenäht wird, mit Resektion beider Tuben).

Caturani (New-York): **Il taglio Cesareo vaginale „Acconci-Dührssen" nella placenta previa.** (Archivio, 1907, pag. 92.)

Warme Empfehlung des vaginalen Kaiserschnittes bei Placenta praevia nebst Überblick über die verschiedenen Behandlungsmethoden. Verfasser will den vaginalen Kaiserschnitt bei Placenta praevia in der Schwangerschaft dann anwenden, wenn bei geschlossener oder nur wenig geöffneter Zervix durch die starke Blutung sowohl im Interesse der Mutter wie des Kindes sofort eingegriffen werden muß.

Serafini (Turino): **Un caso di elefantiasi vulvare.** (Annali, 1907, pag. 22.)

Eigentümlicher Fall von Tumorbildung im Bereiche des linken Labium minus bei einer 26jährigen Frau während der Schwangerschaft. Schon während einer früheren Gravidität hatte Patientin ein Anwachsen des rechten Labium minus beobachtet, welches im Wochenbette wieder zurückging. Der operativ entfernte, orangengroße, gestielte Tumor ergab mikroskopisch die Charaktere eines Lymphangioms, bestehend aus lockerem Bindegewebe mit zahlreichen Gefäßen, besonders weiten Lymphgefäßen und zahlreichen Plasmazellen.

Alfieri (Pavia): **Su di una particolare alterazione del fegato del neonato come segno di mancata od incompleta respirazione polmonare.** (Annali, 1907, pag. 53.)

Durch mikroskopische Untersuchung von 26 Lebern neugeborener Kinder, die teils unter der Geburt durch Asphyxie, teils kurz nachher an Folgen der Asphyxie zugrunde gingen, konnte Verfasser folgende konstante Veränderungen nachweisen: Die Leberzellen haben ein hydropisches Aussehen. Sie sind groß, sehr deutlich begrenzt, das Protoplasma hell, durchsichtig, mit spärlichen, zum Teil an der Peripherie, zum Teil um den Kern herum gelegenen Granulationen, die geringe Farbenaffinität zeigen. (Ähnlichkeit mit Pflanzenzellen.) Die Zellkerne haben meist normales Aussehen, Fettkügelchen sind spärlich, sind meist zahlreicher in Zellen mit geringem Hydrops. In Lebern mit weniger hochgradigen Veränderungen bleiben dieselben auf das Zentrum des Acinus begrenzt; da wo die Veränderung ihren höchsten Grad erreicht, ist der gesamte Acinus betroffen. Neben dem Hydrops findet sich meist eine deutliche Hyperämie der Glissonschen Scheide und der Kapillaren in der Peripherie des Acinus. Infolge ihrer Konstanz können diese mikroskopischen Befunde den anderen Zeichen der fötalen Asphyxie an die Seite gestellt werden.

Pinto (Pavia): **Ricerche istologiche sull' epitelio amniotico umano.** (Annali, 1907, pag. 73.)

In einer sehr lesenswerten Arbeit unter Berücksichtigung der Arbeiten von Mandl, Bondi und Polano gibt der Verfasser genaue histologische Befunde des menschlichen Amnions. Untersucht wurden 32 Amnien, zum größten Teil von ausgetragenen Früchten, aber auch von verschiedenen Stadien der Gravidität. Unter Anwendung verschiedener Fixierungsmittel und Färbemethoden (Galeotti, Mann, Altmann, Biondi-Heidenheim) kam Verfasser zu folgenden Ergebnissen: Die Epithelien sind meist zylindrisch, hie und da keulenförmig, mit nahe am freien Ende gelagertem Kern. Die auf Flächenansichten polyedrischen Zellumrisse zeigen sehr deutliche protoplasmatische Fortsätze, ähnlich den Stachel- und Riffzellen. Die frisch untersuchten Epithelien mit ihren feinkörnigen Trübungen hellen sich durch Essigsäurezusatz auf und zeigen dann meist zahlreiche größere Fetttröpfchen, die die charakteristischen Reaktionen ergeben, ebenso größere und kleinere Vakuolen. Je größer die Vakuolen, um so geringer sind sie an Zahl. Man beobachtet hie und da sehr große Zellen von siegelringähnlicher Gestalt, bedingt durch die Anwesenheit einer großen Vakuole. Über die Bedeutung

dieser Vakuolen spricht sich der Verfasser sehr reserviert aus. Handelt es sich um eine hydropische Degeneration oder um eine aktive sekretorische Tätigkeit der Zellen? Deutliche Granulationen von wahrscheinlich eiweißartiger Natur ließen sich durch Neutralrot, Eisenhämatoxylin und mit der Altmannschen Färbemethode nachweisen.

Opocher (Padua): **Il glicogene contenuto nel fegato materno in gravidanza ed in puerperio, nella placenta, e nel fegato fetale.** (Annali, 1907, pag. 295.)

Versuche an Kaninchen führen den Verfasser zu folgenden Entschlüssen: 1. In der Gravidität kommt es zu einer Vermehrung des Leberglykogens. 2. Die Zunahme ist keine regelmäßige. In der ersten Hälfte der Schwangerschaft wenig hervorstechend, hingegen wird in der zweiten Hälfte und gegen das Ende der Gravidität die Glykogenvermehrung ganz beträchtlich. 3. Diese Verschiedenheit in der Zunahme der Glykogenanhäufung hänge von dem Umstande ab, daß der Fötus in den ersten Monaten viel Glykogen konsumiere, in der zweiten Hälfte dagegen wenig. 4. Die Glykogenvermehrung überhaupt ist als Reservekraft für die Geburtsarbeit und für das Stillen aufzufassen. 5. Der Glykogengehalt der Plazenta charakterisiert diese als Ausgleichsorgan zwischen Mutter und Fötus. 6. In den ersten Tagen des Puerperiums nimmt das Leberglykogen rasch ab.

Ferroni (Parma): **Sugli effetti delle iniezioni sperimentali di estratti di corpo luteo.** (Annali. 1907, pag. 407.)

Mit einem aus Corpora lutea nichtträchtiger Kühe hergestelltem Extrakt unternahm Verfasser eine Reihe Versuche an Kaninchen. Dieses Extrakt erwies sich als hochgradig toxisch. Kontrollversuche mit Extrakten anderer Organe (Leber, Plazenta, ganzes Ovarium, Schilddrüse) ergaben, daß nur die Schilddrüse in bezug auf toxische Eigenschaften sich dem Corpus luteum nähert. Unter Verabreichung einer vom Verfasser aufgestellten maximalen Dosis Corpus luteum-Extrakt gingen die Tiere unter den Erscheinungen von Herzschwäche, Dyspnoe, Anurie und starker Abmagerung in kurzer Zeit zugrunde. An Tieren, die mit kleineren Dosen behandelt wurde, machte Verfasser genaue Stoffwechselversuche und konnte regelmäßig eine hochgradige Vermehrung der Stickstoffausscheidung nachweisen.

Sirtori (Milano): **Sul Contegno delle isole del Langerhans in gravidanza ed in puerperio.** (Annali, 1907, pag. 433.)

Verfasser untersuchte das Pankreas von graviden Kaninchen und Hündinnen auf das Verhalten der Langerhansschen Zellinseln hin und konstatierte eine Abnahme derselben an Zahl und ein Kleinerwerden im Verlaufe der Schwangerschaft. Die Abgrenzung der Zellinseln gegen das umgebende Drüsengewebe wird undeutlich, die Zellstränge verwandeln sich in eine diffuse feinkörnige Protoplasmamasse mit eingestreuten Kernen. Im Puerperium gehen diese Veränderungen wieder zurück.

Delle Chiaje (Neapel): **Di un caso raro di Endotelioma delle piccole labbra con metamorfosi sarcomatosa.** (Annali, 1907, pag. 451.)

Eigenartiger Tumor vom Charakter der Endo- und Peritheliome mit Riesenzellen und Myxomgewebe.

Fossati (Milano): **Rapporti funzionali fra tiroide materna e tiroide fetale.** (Annali, 1907, pag. 523.)

Unter den kongenitalen Strumen unterscheidet der Verfasser zwei Gruppen. Die erste Gruppe zeichnet sich mikroskopisch durch Anwesenheit von Kolloid und fuchsinophilen Granula aus. Für die Gruppe von Strumen, welche auch meist nach einigen Tagen zurückgehen, stellt Verfasser die Hypothese auf, es handle sich um ein intra-

uterin hyperfunktionierendes Schilddrüsengewebe in Abhängigkeit von einer Funktionsstörung der mütterlichen Thyreoidea. Die zweite Gruppe zeigt die angegebenen Zeichen einer Funktion. Es handelt sich um Vererbung des nicht mütterlichen Kropfes auf das Kind.

Fossati (Milano): **Di una condizione favorevole al progredire della gravidanza tubarica.** (Annali, 1907, II, pag. 23.)

An Hand dreier beobachteter Fälle von Tubargravidität ohne Ruptur kommt Verfasser zur Ansicht, daß die Weiterentwicklung des Eies von der Stelle der Einpflanzung in der Tube abhängig sei. Bei Einnistung in der unteren Tubenwand und bei intraligamentärem Wachstum des Eies sei der destruktiven Wirkung der Zotten eine Barriere gestellt und ist in diesen Fällen die Ruptur selten.

La Torre (Roma): **Del processo intimo dell' emostasi uterina post-partum.** (Clinica ostetrica, 1907, pag. 58.)

Histologische Untersuchungen der Arterien des schwangeren und puerperalen Uterus von Hündinnen zur Aufklärung der Blutstillung post partum. Eine alle Gefäßschichten und das Endothel betreffende lebhafte Wucherung, verbunden mit Thrombenbildung in den größeren Gefäßen, gibt eine befriedigende Erklärung der Blutstillung. Widerlegung der Stolper-Herrmanschen Erklärung des Gefäßverschlusses durch Einwanderung syncytialer Elemente in die Gefäßwände.

Varaldo (Genua): **L'appendicite in rapporto ad alcune affezioni dell' aparato sessuale della donna.** (Clinica ostetrica, 1907, pag. 49.)

Zusammenstellung der einschlägigen Literatur und eigene Beobachtungen mit folgenden Schlußfolgerungen: Die Appendizitis der Frau kann teils durch nervöse, teils durch vaskuläre Beeinflussung der Genitalien zu der Dysmenorrhoea appendicularis Anlaß geben. Die Appendizitis kann Entzündungen der Adnexe verursachen oder solche vortäuschen und umgekehrt. Bei der Behandlung der Appendizitis soll der Chirurg die Komplikationen von seiten der Adnexe in Betracht ziehen, ebenso wie der Gynaekologe bei der Behandlung einer Adnexentzündung die eventuelle Appendizitis berücksichtigen soll. Für die Schwangerschaft, die Geburt und das Wochenbett ist die Appendizitis eine schwere Komplikation.

Cordaro (Messina): **Echinococco dell' „estremita" libera dell' omento simulante un tumore uterino.** (Rassegna, 1907, pag. 1.)

Der für ein subseröses gestieltes Myom angesprochene Tumor erwies sich bei der Operation als eine etwa kindskopfgroße Echinokokkenzyste des Omentum majus, welche durch eine stielförmige Verwachsung mit dem Fundus uteri verbunden war.

Sassi (Pavia): **Sull' eziologia delle fistole uro-genitali.** (Rassegna, 1907, pag. 9.)

Systematisierende Abhandlung über die Ätiologie der Urogenitalfisteln ohne neue Gesichtspunkte mit einigen selbst beobachteten Fällen.

Signoris (Turin): **Contributo allo studio dello sviluppo fetale in rapporto ad alcune lesioni placentari ed a malattie che le accompagnano.** (Rassegna, 1907, pag. 22.)

Zusammenstellung von 312 Plazenten mit Infarktbildungen und Untersuchung über die Beziehungen der Infarkte zur Entwicklung der Föten und der Anhänge: Am häufigsten sind die Infarkte der fötalen Fläche der Plazenta. Die Infarkte der maternen Fläche finden sich hauptsächlich bei Erkrankungen der Mutter (Albuminurie). Diese letzteren Infarkte sind häufiger als die ersteren die Ursachen einer frühzeitigen Unterbrechung der Schwangerschaft oder einer Unterentwicklung des Fötus, wenn die

Gravidität ihr Ende erreicht. Eine mangelhafte Entwicklung des Fötus ist ausgesprochener, wenn zu der in Frage kommenden Läsion der Plazenta noch mütterliche Erkrankungen hinzukommen. Das Gewichtsverhältnis zwischen Fötus und Anhängen steht in keinem konstanten Verhältnis zu der Infarktbildung.

Maello (Parma): **La diagnosi di pregressa gravidanza.** (Rassegna, 1907, pag. 103.)

Diagnose der überstandenen Schwangerschaft durch mikroskopische Untersuchung des Ausgekratzten. Neben dem Nachweis von Chorionzotten und in Gewebsstücken angeordneten Deziduazellen mißt der Verfasser den von Opitz beschriebenen weiten Drüsen mit papillenähnlichen Bildungen der Epithelien eine beschränkte Bedeutung bei.

Dr. Jaeggy (Tunis).

Vereinsberichte.

LXXX. Versammlung deutscher Naturforscher und Ärzte. Gynaekologische Sektion. (Bericht, erstattet von Dr. W. Fischer, Bonn [Fortsetzung und Schluß].)

Dienstag den 22. September 1908.

Thema: Adnexerkrankungen. Vortragender: Prochownick (Hamburg). Diskussion: Cohn.

Prochownick (Hamburg): Zur operativen Anzeigestellung bei chronisch-entzündlichen Adnexerkrankungen.

Die chronischen Erkrankungen der Adnexa uteri beruhen fast ausschließlich auf Entzündung. Deshalb muß Heilung der Entzündung mit Erhaltung der Organe erstrebt werden mit allen Mitteln, auch mit denen der konservierenden Chirurgie (Öffnen von Exsudaten und Eiterherden). Wo dies nicht gelingt, kommen ernstere operative Eingriffe in Frage. Im Interesse der Kranken liegt frühzeitige Erkenntnis der Fälle, bei denen konservative Maßnahmen versagen.

Als Summe unserer Erfahrung ergibt sich: 1. Schwerkranke, die jeder Behandlung trotzen, operiere man nach einer genauen klinischen Beobachtung von 5—6 Wochen, falls nicht Tuberkulose als Komplikation im Spiele ist. 2. Allen Frauen, die nach längerer konservativer Krankenhausbehandlung keine objektive Besserung der Befunde zeigen und schnell rückfällig werden, ist ein operativer Eingriff anzuraten. Nur wenn Abszeßentleerung in Aussicht steht, versuche man eine wiederholte konservative Therapie. 3. Unbedingt früh zu operieren ist bei einseitigen Geschwülsten, wenn ein Zusammenhang mit Blinddarmerkrankung sicher oder stark wahrscheinlich ist. 4. Bei Zusammentreffen von Tuberkulose mit anderen Infektionen — insbesondere Gonorrhöe — sowie bei reiner Tuberkulose ist nur bei schwerstem örtlichen Leiden, wenn Lunge und Harnorgane zur Zeit frei oder nahezu frei sind, operativ vorzugehen, und zwar radikal. 5. Dauernde Fistelgeschwülste sollen, wenn sie nicht experitoneal für ausgiebige Drainage zugängig sind, frühmöglichst und radikal angegriffen werden.

Prochownick (Hamburg): Über Dauererfolge der konservativen Behandlung chronisch entzündeter Gebärmutteranhänge.

Die der operativen Ära folgende, jetzt herrschende konservative Ära in der Behandlung der chronisch-entzündeten Adnexa uteri genügt auf die Dauer nicht, weil sie viele Kranke nicht heilt. Zur Begründung und zugleich zur Abgrenzung des Konservatismus sind kritische Statistiken von Dauererfolgen notwendig. Dauerheilung gilt als klinischer Begriff: Arbeitsfähigkeit, regelmäßige, schmerzfreie Organfunktion, ungestörtes Sexualleben. Nach operativer Tendenz bis 1892 ist von da ab grundsätzlich, einheitlich für alle ernsten Fälle klinische Lagerung mit konservativer Behandlung durchgeführt worden. Es blieben von 420 Frauen übrig 160 zu einer sicheren Feststellung des Dauererfolges. Prüfung auf 5- oder 3jährige Dauerheilung ergab, daß letztere für

statistische Verwertung ausreicht. Alle 160 Frauen wurden mindestens 4—6 Wochen klinisch behandelt mit anschließender Heim- oder Badekur von auch mindestens 4 Wochen Dauer. Dieselben Zeiten gelten für wiederholte Kuren.

Prochownick gibt eine Skizze der Behandlung: Heilung nach einer Kur 85 = 55%, Heilung nach zweiter Kur 27 = 15%, Summa 112 = 70%. Bei 10 später, nach Heilung der Entzündung, noch operative Lösung von Adhäsionen oder Ventrifixur ohne Organwegnahme Bei 48 Frauen = 30% kein Heilerfolg, 10 davon nach einer, 32 nach zwei, 6 nach drei Kuren operiert, vorwiegend radikal. Bei allen 48 Frauen blieb schon die erste Kur objektiv erfolglos; war sie es auch subjektiv, so war die Prognose schlecht. Rückfall erfolgte stets innerhalb weniger Monate. Zweite und dritte Kuren hatten für diese Frauen nur dann Erfolg, wenn Abszesse entleert werden konnten. Operationen: 14 vaginal — radikal. 34 abdominal — 28 radikal. 6 mit teilweiser Organerhaltung, gerade bei diesem Erfolg mäßig. Gestorben 6 = 12%. Vergleich aller Adnexoperationen ergibt: Operative Ära; 1881—1892 Herbst: 101 Operationen auf 1760 Aufnahmen 10 + 10%. Konservative Ära; 1892 Herbst bis Ende 1904: 104 Operationen bei 3540 Aufnahmen. 13 + 12¼%; also: Verminderung der Operationen im zweiten Zeitraume, aber trotz größerer Technik und Erfahrung höhere Mortalität, zu beziehen auf die größere Schwere der Operationen durch zu langen Konservatismus. An der konservativen Heilbestrebung ist bei einem dauernden Heilergebnis von 70% festzuhalten. Alle Fälle, wo sie versagt, sind frühmöglichst auszulesen und bald zu operieren.

Diskussion:

Cohn (Breslau): Auf der von Asch geleiteten Frauenabteilung des Allerheiligen-Hospitals zu Breslau wurde der Standpunkt eingenommen, daß zwar in jedem Falle zunächst eine konservative Therapie einzuleiten sei. Indessen kann man bei einem den untersten Volksschichten entstammenden Material weit eher, als es vom rein wissenschaftlichen Standpunkte aus berechtigt erscheinen mag, zur Operation, als dem schnellsten und sichersten Heilverfahren, schreiten, da diese Frauen nicht Zeit und Geld genug haben, um die sichere, langdauernde, abwartende Therapie auszuhalten. Es wurden in den Jahren 1894—1907 720 schwere Adnexerkrankungen behandelt, und zwar 490 konservativ (68%) und 230 operativ (32%). Im ganzen wurden 479 bei einer Mortalität von etwa 2% geheilt, d. i. 66·5%, wovon 54% bei konservativem und 94% bei operativem Verfahren geheilt wurden. Von den 230 Fällen, die operiert werden mußten, sind 216 geheilt entlassen worden. In den letzten 5 Jahren wurden 345 schwere Fälle behandelt, wovon 201 geheilt (gegen 87 gebesserte und 57 ungeheilte), d. i. 58·6% entlassen wurden. Auf diese 201 Heilungen entfallen 81 operierte = = 41%. Die Heilung durch Operation beträgt in den 14 Jahren 94%, wobei, bei sich bessernder Mortalität auf die ersten 9 Jahre 8·2%, auf die letzten 5 Jahre nur 1·1% Todesfälle (von 82 einer) entfallen. Dabei wurden nicht nur die schwersten Fälle operiert, sondern auch solche, die bei Durchführbarkeit einer langdauernden exspektativen Behandlung vielleicht noch hätten konservativ geheilt werden können. Eine weitere Indikation zur Operation stellte, besonders häufig bei den von der Sittenpolizei eingelieferten Prostituierten, eine durch intrauterine Behandlung nicht heilbare Gonorrhöe dar.

Dienstag und Mittwoch den 22. und 23. September 1908.

Meyer (Berlin): **Demonstration im Epidioskop zur normalen und pathologischen Anatomie des Gartnerschen Ganges beim Menschen.**

An 125 Abbildungen und zahlreichen Präparaten erklärt Meyer den Verlauf und Bau des Gartnerschen Ganges in der Norm und unter abnormen Verhältnissen; außer Zystenbildung aus den Resten des Ganges kommt vor allen Dingen Adenom, Adenomyom und Karzinombildung für die Pathologie in Betracht. Entwicklungsgeschichtlich ist die Bestätigung der Angabe van Ackerens hervorzuheben, daß die Gartnerschen Gänge in der Vagina als Reste der Wolffschen Gänge keinerlei Beziehung zu den Skeneschen Gängen (Paraurethralgänge) haben. Die Wolffschen Kanäle münden zu allen Zeiten der Entwicklung neben dem kaudalen Ende der Müllerschen Kanäle bzw. der Vagina im Hymen; hieraus geht mit Sicherheit hervor, daß die Vagina aus den Müllerschen Kanälen entsteht. Beim Manne entsteht der Utriculus prostaticus (Vagina) nur räumlich aus den Müllerschen Gängen; das Epithel des Canalis urogenitalis tritt vom Müllerschen Hügel her in den Utrikulus ein und versieht ihn mit prostatischen Drüsen. Beim Weibe liefern dagegen die Müllerschen Gänge nicht nur

den Raum, sondern auch das Epithel der Vagina. Die Persistenz wird gehemmt an Stellen mit stärkerem Längenwachstum (Parametrium am Corpus uteri, mittlerer Teil der Vagina), gefördert an Stellen von funktioneller Bedeutung der homologen Teile beim Manne. Bei ungewöhnlich starker Persistenz sprechen allgemeinere Faktoren mit, besonders bei Mißbildungen.

Holzapfel (Kiel) demonstriert Präparate von künstlicher Kopfgeschwulst zum Beweise, daß diese nicht für die Diagnose des Lebens des Kindes intra partum spreche, ferner eine von ihm angegebene Leibbinde für Wöchnerinnen.

Seeligmann (Hamburg) spricht über die Biersche Stauung und ihre Anwendung in der Gynäkologie. Er demonstriert einen für diesen Zweck von ihm angegebenen Apparat.

Oberländer (Köln) demonstriert einen von ihm angegebenen Dilatator, um bei der Abortbehandlung Perforation zu vermeiden.

Franz (Jena) zeigt ein neues Bauchspekulum.

Seitz (München) hat, um thermische Reize auf den Uterus von der Vagina aus zu applizieren, eine Sonde konstruiert, die eine genau abgestufte Erwärmung durch den elektrischen Strom erlaubt.

Knoop (Oberhausen) demonstriert ein 14tägiges Kind, welches seiner Ansicht nach an Chondrodystrophia foetalis leidet. Es bestehen Veränderungen in den Knochen, welche Frakturen ähnlich sehen. Das Röntgenbild zeigt außerdem eine wirkliche Fraktur. Es ist das zweite Kind mit demselben Leiden von derselben Mutter. Ätiologisch glaubt er möglicherweise Störungen in der Schilddrüsenfunktion dafür verantwortlich machen zu können. Die Mutter will sich kastrieren lassen. Er fragt an, ob man nicht medikamentös heilen kann.

Siegmund (Berlin) empfiehlt, Thyreoidindosen zu verabfolgen.

Falk (Berlin) hält es für eine echt fötale Rachitis.

Ibrabim (München) für einen der sehr seltenen Fälle von Osteogenesis imperfecta.

Opitz (Düsseldorf) demonstriert:

1. Einen puerperalen Uterus mit der Plazenta und einem großen Karzinom der hinteren Muttermundslippe. Da das Fruchtwasser übel roch, wurde, um die Bauchhöhle zu schützen, der Uterus extraperitoneal in der Zervix suprasymphysär eröffnet.

2. Eineiige Drillinge. Das eine der Kinder war ein Akardiakus, dessen obere Extremitäten einschließlich Schultergürtel vollständig fehlen, an Stelle des Kopfes nur ein Wulst. Rumpf und untere Extremitäten annähernd normal entwickelt. Der Akardiakus mit einem der beiden normalen Drillinge (weiblichen Geschlechts) lag in einem gemeinschaftlichen Amnionsack, die sehr dünne Nabelschnur des Akardiakus inseriert velamentös. Der dritte Drilling hat einen Amnionsack für sich, alle zusammen sind von einem Chorion umschlossen.

3. Einen puerperalen Uterus. Eine Frau kam mit einem Abort des dritten Monats, der sich nicht ausräumen ließ. Die Blutung stand trotz aller angewandten Mittel — schließlich Tamponade mit adrenalingetränkter Gaze — nicht, und so blieb nur die Exstirpation übrig. Die Frau ging an Pyämie zugrunde und es stellte sich nachträglich heraus, daß sie kriminell den Abort eingeleitet hatte. Schon am Tage der Operation entstand eine ödematöse Schwellung am Fuße, die bei der Inzision nur Ödem, keinen Eiter zeigte, später traten metastatische Abszesse auf, im Blute wurden Streptokokken gefunden. Der Fall ist bemerkenswert, weil hier die Totalexstirpation vor Auftreten von Fieber und Allgemeinerscheinungen einer Infektion ausgeführt wurde, und weil wir im Uterus an vielen Schnitten von verschiedenen Stellen keine Bakterien nachweisen konnten. Trotzdem also früher, als sonst je mit Absicht möglich, hier die Quelle der Infektion ausgeschaltet wurde, ging die Frau an der Infektion zugrunde.

Hellendall (Düsseldorf): Resultate mit meinem neuen Verfahren der Credéisierung der Neugeborenen in der Anstalts- und Hebammenpraxis.

Dieses Verfahren besteht darin, daß eine 1%ige Höllensteinlösung in Ampullen von 0·5 *cm*³ luftdicht verschlossen ist und nach Abbrechen in den vorgemerkten Riefen in eine gewöhnliche Augenglaspipette übertragen wird. Aus dieser tropft die Flüssigkeit durch ein an ihrem unteren Ende angebrachtes und aus ihr heraushängendes Wattefilter langsam aus und wird ins Auge gebracht. Es sind im ganzen zehn Tropfen zur Verfügung, und da fünf bis sechs im Wattefilter zurückgehalten werden, für jedes

Auge zwei Tropfen da. Hellendall hat seine Methode von 39 Hebammen des Düsseldorfer Stadtkreises mit Erlaubnis der königl. Regierung an sämtlichen von ihnen geleiteten Geburten in 593 Fällen anwenden lassen.

An somit 1000 Beobachtungen gelangt er zu folgenden Resultaten:

I. In keinem Falle trat eine primäre Gonoblennorrhöe auf. Der Schutz der Augen der Neugeborenen wird also durch die 1%ige Höllensteinlösung bei meinem Verfahren erreicht.

II. In 2 Fällen kam es zu einer sekundären Gonoblennorrhöe, die in einem Falle am sechsten, in dem anderen am zwölften Tage ausbrach und bei geeigneter Behandlung abheilte.

III. In 892 Fällen blieben die Augen reaktionslos. In 95 = 9·5% wurde ein Argentumkatarrh beobachtet. In 56 Fällen war die Reizung gering, in 12 mäßig, in 27 stark. Aber auch in den Fällen von starker Reizung ging sie nach wenigen Stunden, zum Teil unter Anwendung von Eisumschlägen, zum Teil spontan zurück. Alle Reizungen verliefen ohne nachteilige Folgen.

IV. Die Zeit zwischen zwei Tropfen beträgt, wenn wir das Mittel ziehen, 4 bis 20 Sekunden, und in allen Fällen ist das Ziel erreicht, einen einzelnen Tropfen zeitlich zu begrenzen.

Finsterer (Graz): Ein seltener Fall von Extrauterinschwangerschaft.

Das Präparat stammt von einer 22jährigen Hilfsarbeiterin, die acht Monate vorher normal entbunden hatte; seit drei Monaten unregelmäßige Menses und Blutungen: wegen starker zunehmender Schmerzen der linken Bauchseite arbeitsunfähig. Laparotomie mit Faszienquerschnitt nach Pfannenstiel. Es handelt sich um eine Gravidität in einem weder mit der Tube, noch mit dem Ovarium, noch mit dem Uterus in irgend einem Zusammenhange stehenden Gebilde, das eine außerordentlich starke Muskulatur aufweist. Für eine Gravidität in einem rudimentären Uterushorne können wir sie deshalb nicht gut halten, weil bei dieser wenigstens die Tube und das Lig. rot. am Fruchtsack inserieren müßten, wie ein von Rosthorn demonstriertes Präparat zeigt, wenn auch die räumliche Trennung vom Uterus noch so groß ist, oder das rudimentäre Nebenhorn müßte ein eigenes Lumen haben. Die Bildung eines sekundär abgeschnürten Uterusdivertikels ist einerseits wegen der Lage neben dem Ovar an der lateralen Beckenwand und des Mangels an jeglichem Zusammenhang mit dem Uterus oder gar einer Kanalbildung, durch den das Ei aus dem Uterus wieder hätte auswandern müssen, ebenso unmöglich. Um eine Gravidität in einem Tubendivertikel, für die v. Franke ein zweifelloses Beispiel gefunden und eine ähnliche Beobachtung v. Henrotin und Herzog angeführt hat, dürfte es sich ebensowenig handeln, da der Tumor von der Tube vollständig getrennt war. Es bleibt somit nur noch die Möglichkeit einer Gravidität in einer vollkommen gesonderten Nebentube übrig. Von Eiansiedlungen in Nebentuben liegen bisher nur drei Mitteilungen in der Literatur vor, und zwar ein Fall von Henrotin und Herzog, ein zweiter von Demons und Fieux. In der letzten Zeit wurde auf der Klinik Bársony in Budapest von Lovrich ein Fall mitgeteilt, wo eine ausgetragene Gravidität in einer Nebentube vorlag; der Fall bietet die größte Ähnlichkeit mit unserem Falle.

Zacharias (Erlangen): Projektion von mikroskopischen Präparaten. Pseudohermaphroditismus mit sarkomatöser Veränderung beider Hoden.

Im Frühjahr 1908 kam in die poliklinische Sprechstunde der Erlanger Frauenklinik eine als Dienstmagd beschäftigte Person in der Tracht eines Bauernmädchens. Sie zeigte am Kinn und an der Oberlippe einen rasierten, ziemlich starken Bart, hatte eine männliche Stimme und litt seit fünf Monaten an einer Geschwulst im Leibe, die Erbrechen, Gewichtsabnahme und seit einiger Zeit auch Schmerzen verursachte. Sie fühlt sich als weibliches Wesen, hat aber niemals Geschlechtstriebe empfunden oder einen geschlechtlichen Verkehr ausgeübt. Die Untersuchung ergibt männliche Entwicklung der Brüste, des Knochensystems und der Behaarung von Brust-, Achsel- und Schamgegend. Im Abdomen ein großer, nicht beweglicher, solider Tumor, am linken Oberschenkel mehrere Furunkel. Der Penis ist rudimentär, nach abwärts gekrümmt, nicht perforiert. Zwischen zwei labienartigen Wülsten, die leer sind, befindet sich eine feine Öffnung, durch die man in die Blase gelangt, manchmal auch in einen anderen, zunächst nicht be-

stimmbaren Gang. Im Urin Eiweiß und Zylinder. Patientin zeigte bald nach der Aufnahme beträchtliche Temperatursteigerungen und Erbrechen, welches auf einen Darmverschluß zu deuten schien. Deswegen wurde trotz des elenden Zustandes die Laparotomie ausgeführt und nach Ablassen einer mäßigen Menge von Aszites der große Tumor, der wegen seiner Weichheit vielfach zerriß, in Stücken entfernt. Die anatomischen Verhältnisse waren durchaus unklare. Im unmittelbaren Anschluß an die Operation geht die Patientin zugrunde. Die Sektion ergibt im wesentlichen subpleural gelegene miliare Abszesse der Lungen, Hydronephrose rechts, beiderseitige Pyelitis und Pyelonephritis mit zahlreichen subkapsulär gelegenen Abszessen in der linken Niere. Von inneren Genitalien oder ableitenden Samenwegen fehlt jede Spur. Die ganz kurze Urethra mündet in einen schmalen Gang, der nach hinten zu mit einem offenen Lumen endigt, so daß es den Anschein hat, daß derselbe durch Abreißen des Tumors bei der Operation eröffnet wurde. Die mikroskopische Untersuchung der Lungen- und Nierenherde ergab embolische, durch Staphylokokken hervorgerufene, zum Teil abszedierende Infiltrate. Nach diesem Befund erscheint es am wahrscheinlichsten, daß die Patientin an einer durch die Furunkulose bedingten Staphylokokkenallgemeininfektion zugrunde gegangen ist. In dem Tumorkonglomerat, welches histologisch sich als alveoläres Sarkom erwies, gelang es Zacharias, einwandsfrei einen Hodenrest, zwei Tuben und einen rudimentären Uterus nachzuweisen. Dem Uterus saß ein Stückchen Scheidenrohr an. welches offenbar bei der Operation an der Stelle abgetrennt war, wo sich bei der Sektion der nach hinten zu offene Gang (Scheide) unterhalb der Blase vorgefunden hatte. Bei der mikroskopischen Untersuchung zeigten die Tuben annähernd normale Verhältnisse, an einzelnen Stellen deutlich flimmernde Zylinderepithelchen. Der Hoden ließ eine starke Vermehrung der Zwischenzellen erkennen, die Hodenkanälchen zeigten eine außerordentlich starke Verdickung der Membrana propria, so daß dadurch das Lumen vielfach gänzlich komprimiert wurde. An den Hodenepithelien ausgesprochene Degenerationserscheinungen: keine Andeutung von Spermatogenese. Es handelt sich also um einen Pseudohermaphroditismus masculinus mit männlicher Bildung der äußeren Geschlechtsteile und Persistenz der Müllerschen Gänge mit sarkomatöser Entartung beider Hoden.

Ziegenspeck (München): Zur Beckenmessung.

Meine Versuche, ein Pelvimeter (d. h. ein Instrument für alle Durchmesser) zu konstruieren, waren zuerst darauf gerichtet, das Weichmetall vom Instrument zu entfernen. Allein die Gelenke und Scharniere, welche ein derartiges Instrument nötig gehabt hätte, wenn man für das individuell so verschieden gebaute und durch Weichteile so verschieden geformte Becken nicht eine ganze Anzahl von Modellen sich halten wollte, wäre eine neue Fehlerquelle gewesen. So bin ich schließlich auf die Idee gekommen, umgekehrt den starren Instrumentmechanismus fortzulassen, nur mit Weichblei zu messen, aber die Fehlerquellen des Materials zu korrigieren. Nach Wellenbergs Prinzip wird über dem äußeren Endpunkt des gesuchten Durchmessers hinweg ein Hautpunkt markiert und das eine breitgeklopfte Ende dieses etwa 50 *cm* langen Stückes Bleirohr wird auf den inneren Endpunkt, das andere auf den Hautpunkt festgesetzt. Es empfiehlt sich, das Bleirohr zuerst etwas zu stark einzubiegen, um es mittelst Wiederaufbiegens so weit zu bringen, daß der Hauptpunkt eben berührt wird. Etwa noch verbleibende Differenzen werden mit einem Millimeterstab gemessen und subtrahiert. Das zweite Maß vom äußeren Ende des Durchmessers (bei der Konjugata vom vorspringenden Punkte der Symphyse) zum Hauptpunkte wird, nachdem es in gleicher Weise justiert ist, vom ersten abgezogen, die Differenz ist der gesuchte Durchmesser. Mittelst dieser einfachen Methode mit diesem einfachsten improvisierten Instrument ist man imstande, mathematisch genaue Messungen anzustellen. In mehr als zwei Dezennien hat diese Methode meinen Ansprüchen vollkommen genügt. Da man mit dem gebogenen Bleirohr auch die äußeren Beckenmasse messen und entsprechend justieren kann, ist dies Instrument ein Universal-Pelvimeter.

Sellheim (Tübingen): I. Genitalien einer Kreißenden mit vollständiger Uterusparalyse.

Die Wehentätigkeit hatte bei der 45jährigen VIgebärenden Frau drei Tage gegen den Widerstand eines stark verengten, osteomalakischen Beckens vergeblich angekämpft und war dann erlahmt. Die Frau starb einen Tag nach dem fast vollständigen Auf-

hören der Wehentätigkeit unentbunden an einem septisch-urämischen Zustand. Uterusausführungsgang und Scheide haben Stand gehalten, sind aber teilweise papierdünn ausgezogen. Am kontrahierten Teil des Uterus ist der Fundus etwas dünner als der übrige Körper.

2. Operationstechnische Mitteilungen. *a)* Tubensterilisation mit der Aussicht auf Wiederherstellung der Fruchtbarkeit. Durchschneiden des Ligamentum infundibulo-pelvicum zwischen zwei feinen Klemmen, Unterbindung der geklemmten Partien. Abschneiden der durchscheinenden Ala vespertilionis bis gegen den Uterus hin, ohne weitere Gefäße zu verletzen. Schluß der Mesosalpinx mit einem feinen, fortlaufenden Katgutfaden. Versenkung der unversehrten Tube mit dem Trichter voran durch einen Bauchfellschlitz dicht hinter dem Ligamentum rotundum in ein mit dem Finger in das nachgiebige Zellgewebe gedrücktes Loch. Vernähung des Schlitzes mit Fixation des Tubenperitoneums, ohne die Tube zu malträtieren. Die Wiederherstellung der Fruchtbarkeit scheint durch Ausgraben der Tube und Fixation des Trichters am Stumpf des Ligamentum infundibulo-pelvicum möglich. Bisher wurde nur die Sicherheit der Sterilisierung mit der extraperitonealen Verlagerung der intakten Tuben in zwei Fällen erprobt. Zur Wiederherstellung der Fruchtbarkeit sind noch keine Wünsche geäußert worden. Wenn das auch in der Regel so sein wird, so ist durch die schonendere Operation — ohne die Sicherheit ihres Erfolges zu beeinträchtigen — die Aussicht auf eine Wiederherstellung der Fruchtbarkeit vorhanden. *b)* Bauchbruch nach Pfannenstielschem Schnitt, welcher dem Operateur zur Last gelegt werden muß. Der ursprüngliche Faszienquerschnitt, der wieder aufgetrennt wurde, war sehr gut verheilt. 3 *cm* über dem Querschnittrande besteht ein ca. $1^1/_2$ *cm* im Durchmesser haltendes rundes Loch, im Bereich gesunder Faszie, die Bruchpforte. Der Operateur hat beim Ablösen der Faszie in der Mittellinie ein Loch hineingeschnitten und den Defekt übersehen. Diese Hernie kommt also auf Rechnung des Operateurs und nicht der Operation. *c)* Supravaginale Amputation des jauchenden, myomatösen Uterus nach Hegar, mit extrakutaner Stielversorgung. Heilung der Bauchwunde durch spontanes Übereinander- und Zusammenschieben der Schichten des Pfannenstielschnittes. Der Fall zeigt, unter wie schlechten Heilungsbedingungen der Pfannenstielschnitt doch noch eine Wiederherstellung der Bauchdecken ermöglicht. Operation eines jauchenden, septischen, myomatösen Uterus durch Pfannenstielschnitt mit supravaginaler Amputation nach Hegar nicht nur mit extraperitonealer, sondern sogar „extrakutaner" Stielversorgung. Vernähung von allen vier Schichten, Bauchfell, Muskel, Faszie und Haut um den stark vorgezogenen Hals, ehe der Tumor vollständig außerhalb der Haut abgetragen wurde. Unter allmählicher Einziehung des Stumpfes schoben sich die einzelnen Schichten der Bauchwunde wieder übereinander und zusammen, so daß nicht nur kein Bruch, sondern nicht einmal eine schwache Stelle an dem Kreuzungspunkt der Spaltrichtungen übrig blieb. Außer dem funktionellen ist auch das kosmetische Resultat nicht schlecht, wie die Photographie zeigt.

3. Ein isoliertes Fibrom der Portio vaginalis. Der Tumor besteht histologisch nur aus Fibromgewebe.

4. Zweimalige Achsendrehung des myomatösen Uterus im Klimakterium. Das Präparat stammt von einer unter den Erscheinungen und mit dem Befund einer stielgedrehten Eierstockszyste in die Klinik eingetretenen 60jährigen Frau, die schon seit zwölf Jahren im Klimakterium stand. Bei der Operation fand sich ein vom Fundus dicht über dem Ursprung der rechten Adnexe ausgehendes mannskopfgroßes Fibrom, welches eine zweimalige Drehung des etwa normalgroßen Uteruskörpers und 10 *cm* langen Halses nach rechts gemacht hatte. Die Folgeerscheinungen an der Uterusgeschwulst sind ähnlich, wie wir sie an Eierstockstumoren zu sehen gewohnt sind.

5. Ein Pseudouterustumor — Sarcoma ilei. Das Sarkom des Dünndarms war so um den Uterus herumgewachsen, daß man es nach dem Palpationsbefunde, besonders da auch noch ein Ligamentum rotundum vom Tumor abgehend gefühlt wurde, für einen malignen Uterustumor mit Darmverwachsungen ansprechen mußte. Die Skizze des Palpationsbefundes zeigt das.

6. Ein Pseudoeierstockstumor = Myoma Coeci. Das Myom des Zökums wurde für einen malignen Eierstockstumor gehalten. Man fühlte den linken Eierstock stark vergrößert. In der Gegend des rechten tastete man einen walnußgroßen Knollen,

der sich mit einer dicken, stielartigen Verbindung in einen über faustgroßen, beweglichen, knolligen Tumor, mit härteren und weicheren Stellen auf der Darmbeinschaufel fortsetzte. Man nahm doppelseitigen Ovarialtumor, wegen Aszites und Abmagerung maligner Natur und wegen der nachweislichen Beziehung zum Darm, Darmverwachsungen an. Beide Frauen sind geheilt.

7. Osteochondrosarkoma der Harnblase. Der Tumor entstammt der weiblichen Blase, er wurde bei Lebzeiten als maligne Geschwulst erkannt. Die beabsichtigte Totalexstirpation der Blase mußte wegen weit, dem rechten Ureter entlang gehenden Metastasen aufgegeben werden. Zur Erleichterung der Qual wurde die Sectio alta gemacht. Operationstechnisch ist zu bemerken, daß eine Abkammerung der Plica vesico-uterina durch Aufnähen des Peritoneum parietale auf Ligamenta rotunda, Vorderfläche, lata und Mitte des Uterusisthmus die Bauchhöhle vor Infektion erfolgreich geschützt hat, wie die sechs Tage später vorgenommene Sektion zeigte. Der Tumor ist ein Osteochondrosarkom, ein Mischtumor, also eine äußerst seltene Form der Blasengeschwulst, die bei der Frau noch nicht beschrieben wurde. Mikroskopische Präparate aller demonstrierten Objekte.

Pankow (Freiburg i. Br.): Placenta praevia.

Pankow demonstriert Uterus und anhaftende Plazenta einer 32jährigen Ipara, die nach der kombinierten Wendung vor der Geburt des Kindes ad exitum gekommen ist. Es handelt sich um eine Placenta isthmica, die den ganzen Isthmus in seiner Hinterwand eingenommen hat. Die mikroskopische Untersuchung ergibt, daß eine Anheftung an der Vorderwand nicht stattgefunden hat. Pankow erklärt die Entstehung der Placenta praevia centralis in diesem Falle so, daß er nicht eine Reflexaplazenta im Sinne Hofmeiers annimmt, sondern glaubt, daß die Plazenta bei der Abspaltung der Isthmusschleimhaut an der Zervix einen Widerstand gefunden und sich nun auf der abgespaltenen Schleimhaut über den Zervikalkanal herübergeschlagen habe. Die Anheftung der Plazenta im Isthmus erklärt die Blutungsgefahr bei beginnender Dehnung dieser Partien und auch die Gefahren nach vollendeter Geburt, bedingt durch die Erschlaffung und mangelnde Kontraktionsfähigkeit des Isthmus. Um die noch immer wenig zufriedenstellenden Resultate der Behandlung durch die kombinierte Wendung zu bessern, schlägt Pankow vor, wieder den abdominellen Kaiserschnitt zu machen, wozu Erfahrungen der Freiburger Frauenklinik ermutigen. Dagegen warnt Pankow vor dem vaginalen Kaiserschnitt, da es, wie eigene Beobachtungen ebenfalls gezeigt haben, trotz ausgiebiger Schnitte in der Zervix zum Weiterreißen in diesem brüchigen Gewebe und zur Verblutung der Frauen aus diesen Rissen kommen kann.

Mittwoch, den 23. September 1908.

Schütte (Gelsenkirchen): Über Behandlung der Uterusruptur.

Schütte hat 19 Fälle von Uterusruptur seit 1903 behandelt: in einem Falle hatte das völlig mazerierte Kind 4 Wochen in der Bauchhöhle gelegen: Laparotomie, Heilung. 5 Fälle, darunter 4 inkomplete Rupturen, wurden in schwer septischem, absolut hoffnungslosem Zustande in Behandlung genommen am 5.—7. Tage nach erfolgter Ruptur. Unter den 13 in frisch verletztem Zustande übernommenen Fällen fanden sich 2 inkomplete sowie 11 schwerste komplete Rupturen. 12 Frauen wurden gerettet, 1 Frau starb 1½ Stunden p. p., indessen waren hier schon vor und während des Transportes sowie während der Operation wiederholt Zeichen des drohenden Exitus aufgetreten. Es wurde mit Ausnahme der beiden inkompleten Uterusrupturen in allen Fällen die abdominelle Totalexstirpation mit subperitonealer Drainage des Wundtrichters und der parametranen Höhlen nach Ausräumung der Blutkoagula vorgenommen. Gehen von hier aus retroperitoneale Hämatome weiter nach oben, so ist an der vorderen oberen Darmbeinschaufel eine Kontrainzision und von hier aus eine gründliche Drainage dieser parametranen und retroperitonealen Höhlen nach der Vagina zu vorzunehmen. Alle Fälle wurden ohne Nachteil teils bis über 10 *km* transportiert. Die Besorgnisse wegen der Anämie sind allgemein übertrieben, indessen sind vor, während und nach der Operation Infusionen von physiologischer Kochsalzlösung subkutan zu verabreichen. Die konservative Methode bei der Uterusruptur hat nur eine Berechtigung, wenn allzuweite Entfernungen Transporte unmöglich machen; in allen anderen Fällen sollte prinzipiell nur die abdominelle Totalexstirpation in obigem Sinne ausgeführt werden, während alle

anderen Operationsmethoden (vaginale Totalexstirpation, Naht, Porro, Naht der Serosa nach Zweifel) aus der Behandlung der Uterusruptur ausscheiden sollten.

Siegmund (Berlin) spricht über die große Bedeutung der nasalen Heilbarkeit weiblicher Unterleibsleiden. Er sah überraschende Erfolge bei Dysmenorrhöe, bei übermäßigen Wehenschmerzen intra partum. Die nasale Behandlung der Dysmenorrhöe heilt gerade diejenigen Fälle, die der lokalen Behandlung trotzen.

Schatz (Rostock):

Die erste Menstruation nach der Entbindung soll nach der gewöhnlichen Lehre erst 4 oder 6 Wochen nach der Geburt und beim Nähren erst erheblich später eintreten. Man deutet letzteres so, daß nach starker Involution des Uterus dessen geringere Blutzirkulation die Menstruation (und meist wohl auch die Ovulation) verhindert. Bei dieser Lehre sieht man aber nur einseitig nach vorwärts, nicht auch nach rückwärts. Kurz nach der Geburt, d. i. im Frühwochenbett, ist während der Rückbildung des Uterus dessen Blutzirkulation um so größer und da ist dann auch in Wirklichkeit die Menstruation (und Ovulation) um so häufiger. Nur kann sie da wegen Kürze dieser Zeit nur einmal und nicht öfter auftreten und wird außerdem wegen der Lochien leicht übersehen oder auch als eine der im Wochenbett, beim Aufstehen nicht seltenen Blutungen durch Losstoßung von Thromben der Plazentastelle oder dergleichen angesehen. Solange nun diese Menstruationen im Frühwochenbett in normaler Grenze bleiben, ist es für die Praxis ziemlich gleichgültig, ob man sie richtig deutet. Werden sie aber exzessiv, so können sie, wenn als Blutungen aus Plazentaresten gedeutet, leicht Veranlassung werden zu operativen Eingriffen. Ich selbst wurde erst vor einiger Zeit wieder wegen plötzlicher starker Blutung zu einer von einem Kollegen entbundenen Wöchnerin gerufen. Da der mir als durchaus zuverlässig bekannte Kollege versicherte, daß er die Plazenta als vollständig abgegangen kontrolliert habe, rechnete ich nach. Die vorliegende Blutung fand an einem typischen Tag — einen halben 21tägigen Monat nach der Geburt — statt. Ich stellte die Diagnose „exzessive Menstrualblutung", verordnete Eisbeutel, Hydrastis und Sekale und alsbald wurde und blieb alles gut. Wie kann man nun solche Blutung im Frühwochenbett als menstruell diagnostizieren? Hauptsächlich durch die Zeit des Eintritts. Allerdings tritt die Geburt in zwei Drittel bis drei Viertel aller Fälle an einem Blutdruckmonatsende oder einer Blutdruckmonatsmitte auf und damit die erste Menstruation im Frühwochenbett entsprechend dem Gesetze der Halbteilung der physiologischen Funktionen ein Halb oder gar ein Viertel solchen Monats, also z. B. bei den gewöhnlichsten 21- oder 27tägigen Monaten am 11. respektive 14. Tage, seltener schon am 6. respektive 7. Tage nach der Entbindung. Bei diesen zwei Drittel bis drei Viertel aller Fälle ist also die Zeit der Menstruation und damit die Diagnose sehr leicht zu finden oder wenigstens zu vermuten. Aber bei den übrigen ein Drittel bis ein Viertel aller Fälle, nämlich bei den angioneurasthenischen, d. h. den Frauen mit sehr kräftiger und selbständiger Periodenbildung tritt, wenn die Empfängnis nicht an der Grenze oder in der Mitte, sondern in der ersten oder zweiten Hälfte eines Menstruationsmonats stattgefunden hat, auch die Geburt an dem entsprechenden Tage des Blutdruckmonats ein, die erste Menstruation aber trotzdem an der Grenze oder in der Mitte des Blutdruckmonats, also in jedem beliebigen Verhältnis zur Geburt. Man kann dieses Verhältnis nach der Geburt nur finden, wenn man den Abstand der Empfängnis von der letzten Menstruation kennt (denn beide sind sich gleich), oder wenn man Blutdruckkurven angelegt hat, oder wenn sich in der Schwangerschaft die Menstruationstermine selbst markiert haben, von diesen aus. Es ergänzen sich dann der Abstand von dem letzten Menstruationstermin von der Geburt und derjenige von dieser bis zur ersten Menstruation im Wochenbett zu einem ganzen Monat. Nur muß stets bedacht werden, daß die erste Menstruation auch bei der Halb- oder sogar Viertelteilung des so erkannten Monats eintreten kann, wenn dieselbe in die Zeit der besonders regen Rückbildungsblutzirkulation fällt. Mit der so frühen Menstruation ist wahrscheinlich gewöhnlich auch eine so frühe Ovulation verbunden. Die Pferdezüchter wissen, daß die Stute am 9. Tage nach der Geburt am sichersten empfängt. Es ist also da die Ovulation sicherer als später. Auch beim Menschen ist so frühe Empfängnis beobachtet, aber nur selten bekanntgegeben worden. Auch hier wird die Ovulation im Frühwochenbett häufiger und sicherer sein als später nach vollendeter Involution des Uterus.

Hegar (Freiburg): Beitrag zur Lehre von der Hyperanteflexio uteri. Man geht allgemein von dem Standpunkt aus, daß anatomisch die Anteflexion keine Anomalie darstelle und erst ihre Begleiterscheinungen, wie die Endometritis, die Dysmenorrhöe, klinische Behandlung erfordernde Störungen herbeiführen, vergißt aber dabei, daß ebenso wie bei der Retroflexion die Lageveränderung eben erst die Endometritis, wenn auch nicht immer herbeiführt, so doch unterhält. Der Uterus, von dem ich Ihnen einen Längsdurchschnitt demonstriere, stammt von einer 24jährigen Virgo, die von der ersten Periode an an hochgradiger Dysmenorrhöe litt, wegen der sie seit vier Jahren in Behandlung stand. Es wurden so ziemlich alle Methoden allgemeiner und lokaler Behandlung an ihr versucht, ohne jeden Erfolg, und als sie nach längerer Behandlungspause in diesem Frühjahr wieder kam und endlich um jeden Preis von ihren Beschwerden befreit zu sein wünschte, nahm ich den Uterus heraus. Wenn Sie das Präparat betrachten, so können Sie ohne Mühe drei deutliche Abschnitte in der Längsrichtung des Uterus unterscheiden: Oben der hochgradig metritisch veränderte Uteruskörper mit stark geschwellter Schleimhaut, unten der vom äußeren Muttermund ab gerade verlaufende 3 *cm* lange Halsteil mit typischen Zervixdrüsen. Diese beiden Abschnitte sind durch ein in Bogen verlaufendes Schaltstück miteinander verbunden, das sich sowohl grob anatomisch wie histologisch als Isthmus deutlich charakterisiert. Nach oben ist er begrenzt durch den anatomischen inneren Muttermund, der mit der Umschlagstelle des Bauchfells, der Einschnürung des Gebärmutterschlauches, dem Beginn der Ausladung des Gebärmutterkörpers zusammenfällt. Nach unten ist seine Grenze scharf gezeichnet durch das Aufhören der typischen Zervixdrüsen. Histologisch ist er charakterisiert durch eine schmale Schleimhautleiste mit spärlichen Drüsen, die noch mehr den Charakter der Korpusdrüsen haben, aber durch ihre Verlaufsrichtung von diesen deutlich unterschieden sind. Ich habe nachgewiesen, daß der Isthmus im virginellen Uterus einen grob anatomisch wie histologisch deutlich charakterisierten Abschnitt darstellt, der besonders im kindlichen Alter sehr deutlich entwickelt ist. Mit dem Wachstum hält er jedoch normalerweise nicht gleichen Schritt, bleibt vielmehr auf der einmal gewonnenen Größe und Entwicklung stehen, während Körper und Zervix an Größe zunehmen. Nur in hypoplastischen und in infantiler Form ausgewachsenen Uteris behält er eine auffallende Länge bei und gibt gerade dadurch diesen Anomalien die charakteristische Gestalt. In einer ergänzenden Arbeit hat Ogata gezeigt, daß die gleiche Partie im Greisenalter ein analoges Verhalten zeige. Es liegt nahe, die anatomische Dreiteilung auch auf den puerperalen Uterus zu übertragen. Aschoff, der schon länger für die Dreiteilung des Uterus eingetreten ist und den Vorschlag machte, den mittleren Abschnitt Isthmussegment zu nennen, hat kürzlich erst an zwei Präparaten die Identität des Isthmussegments mit dem unteren Uterisegment nachgewiesen und gezeigt, daß der Anheftungsbereich der Eihäute, bewiesen durch die Epithellosigkeit der Schleimhaut, genau bis zu jener Grenze reicht, die wir als untere Isthmusgrenze bezeichnet haben. Ich möchte an dieser Stelle für die Annahme des Aschoffschen Vorschlages eintreten, durch die zweifellos die Beantwortung einer Reihe von Fragen vereinfacht wird. Auch das vorliegende Präparat zeigt Ihnen die Bedeutung des Isthmus für die Lehre von den Flexionen des Uterus. Wie Sie sehen, fällt der Flexionswinkel nicht, wie man gewöhnlich annimmt, mit dem Os internum anatomicum zusammen, sondern er fällt ziemlich genau in die Mitte des Isthmus. Das gleiche gilt auch von der Retroflexion. Für die puerperale Retroflexion hat kürzlich Olshausen hervorgehoben, daß ihre Entstehung einer meist auf die Überdehnung des unteren Segments, besonders oder ausschließlich in der ersten Schwangerschaft, zurückzuführen sei. Nehmen wir die Identität des Isthmussegments mit dem unteren Uterinsegment als feststehend an, so erhellt daraus die Bedeutung des Isthmus für die Entstehung einer wichtigen klinischen Anomalie. In der Literatur hat man bisher immer noch eine angeborene und erworbene Anteflexion unterschieden. Ich glaube, daß wir die erworbene Anteflexion im Gefolge von Entzündungszuständen ruhig hier ganz weglassen können. Die Hyperanteflexion ist stets eine angeborene Anomalie, wie der häufige Befund bei Kindern und auch bei fötalem Uterus beweist. Woher es kommt, daß wir bei Kindern einmal den Uterus gestreckt, in Anteversionen, oder in normaler Anteflexion, oder spitzwinkelig anteflektiert finden, ist schwer zu erklären. In einzelnen Fällen hat man wohl mechanische Ursachen gefunden, ein überfülltes Kolon, das auf dem Fundus lagert, oder die stark überfüllte Blase, die

den Uterus nach hinten drängt. **Mackenrodt** erklärt die Hyperanteflexion aus der Fixation des Halses im Becken, aus der Entwicklung eines abnorm langen, schlaffen Uterus bei weitem Becken, so daß der obere Teil des Uterus vollkommen den Druckveränderungen im Abdomen der Einwirkung des gefüllten Darmes usw. preisgegeben ist. Auch machte er mich schon darauf aufmerksam, daß der Knickungswinkel nicht im Os internum, sondern im Kollum — also nach uns — im Isthmusgewebe liegt. Bleibt in solchen Fällen einmal die Anteflexion aus irgend welchen Ursachen aus, so kommt es wohl auch zu einer Elongatio colli congenita und weiterhin zum virginellen Prolaps. Die Grundursache ist wohl in einer Störung der Entwicklung des Uterus durch schon im fötalen und kindlichen Alter einwirkende schädliche Momente zu suchen. Hinzufügen möchte ich noch, daß auch der kürzlich von **Bossi** beschriebene schneckenförmige Uterus und der von verschiedenen Seiten sog. posthornförmige Uterus mit der gewöhnlichen Hyperanteflexion identisch ist oder nur eine Variation desselben darstellt.

Nijhoff (Groningen). **Die Bedeutung der exzentrischen Hypertrophie der Gebärmutter im Anfange der Schwangerschaft.**

Im Anfange der Schwangerschaft wird die Höhle der Gebärmutter erweitert und die Korpuswand (Schleimhaut und Muskelwand) verdickt durch aktive, von der Berührung des Eies bis zu gewissem Grade unabhängige Hypertrophie. Ebenso wie die Entwicklung der Dezidua in der Schwangerschaft betrachtet werden muß als die unmittelbare Fortsetzung der prämenstruellen Schwellung und Hypertrophie des Endometriums, ist auch die Hypertrophie der Muscularis unmittelbar hervorgegangen aus prämenstrueller Vergrößerung der Muskelfasern. Reifung und Lösung des Eies im Ovarium verursachen jedesmal Vergrößerung der Muskelfasern (funktionelle Hypertrophie): geht das unbefruchtete Ei zugrunde, so folgt mit der menstruellen Blutung nicht nur die regressive Schrumpfung des Endometriums, sondern auch die regressive Schrumpfung (Involution) der Muskelfasern in der Korpuswand. Wird das Ei befruchtet, bleibt die Menstruation aus, so entwickeln sich gleichzeitig die Decidua graviditatis und die hypertrophische Korpuswand. Die Hypertrophie der Uteruswand geht also — zeitlich — wenn nicht der Befruchtung, jedenfalls der Einnistung des Eies im Uterus voran. Als reine Hypertrophie eines Hohlorgans muß sie eine exzentrische sein. Für das Wachstum des Eies ist die der Einnistung des Eies vorangehende exzentrische Hypertrophie der Uteruswand (Schleimhaut und Muskularis) von primordialer Bedeutung. Sie ermöglicht das Zustandekommen von großen, mit zur Ernährung des Eies dienenden Flüssigkeiten gefüllten Räumen (erweiterten Kapillaren, Venen, Lymphspalten, perivillösen Räumen). Durch ihre exzentrische Hypertrophie weicht die Uteruswand gleichsam dem wachsenden Ei aus und wird sie gegen das zu weit in die Tiefe Vordringen der Chorionzotten geschützt.

Pankow (Freiburg i. Br.): **Welchen Einfluß hat die Entfernung des Uterus auf den Gesamtorganismus der Frau?**

Pankow und **Rauscher** haben das Material der Jenenser und Freiburger Klinik, soweit es von **Krönig** operiert ist, auf diese Frage hin geprüft. Sie legen den Hauptwert ihrer Untersuchungen darauf, daß sie in jedem einzelnen Falle vor allem auch die anteoperativen Beschwerden sorgfältigst registriert hatten. Bei der Bewertung der Resultate muß man zwei Gruppen von Frauen unterscheiden, solche, die nervös erkrankt und solche, die hinsichtlich des Nervensystems gesund sind. Ferner muß scharf unterschieden werden zwischen den periodisch auftretenden Molimina menstr. und den eigentlichen Ausfallserscheinungen. **Pankow** und **Rauscher** behaupten, daß Molimina menstr. nur dann p. op. zu konstatieren sind, wenn sie als menstruelle Beschwerden auch schon ante op. bestanden haben. Erst durch die Operation neu aufgetreten oder auch verschlimmert sind die Molimina nie. Nur bei einigen sehr nervösen Frauen haben sich leichte Wallungen als neue periodische Beschwerden gezeigt. Nicht an die Periode gebundene Ausfallserscheinungen hingegen sind häufiger zu konstatieren gewesen. Sie unterscheiden sich von den Ausfallserscheinungen nach Kastration dadurch, daß sie einmal viel leichter sind und daß im Gegensatz zur Kastration gerade jüngere Individuen verschont bleiben. Sie ähneln überhaupt mehr den normalen klimakterischen Beschwerden. Da sie zumeist bei Frauen nahe der Klimax aufgetreten sind, ist es fraglich, ob sie bei diesen Patientinnen nicht vielleicht auch ohne Operation in die Erscheinung getreten wären.

In einem Teil der Fälle aber traten sie so unmittelbar nach der Hysterektomie auf, daß sie nur als durch diese entstanden angesehen werden können. Auch hier waren wieder die Beschwerden stärker bei den nervös erkrankten Frauen. Pathologischer Fettansatz und Genitalatrophie waren niemals zu konstatieren. Das Verhalten des Blutbildes war ein sehr verschiedenes. Es scheint, daß oft sich wiederholende Blutungen, auch wenn sie nicht übermäßig stark sind, die Blutveränderungen eher zu irreparablen gestalten, als erst seit kürzerer Zeit bestehende, wenn auch stärkere Blutverluste. Das sexuelle Empfinden ist ein wechselndes, eine unbedingt ungünstige Beeinflussung ist jedoch nicht zu konstatieren. Im Gegenteil wird durch die Hebung des Allgemeinbefindens auch das sexuelle Verhalten meist günstig beeinflußt.

Kuliga (Düsseldorf) spricht über die Beeinflussung entzündlicher Genitalerkrankungen durch Behandlung vom Mastdarm aus.

Durch die einfache Palpation des Rektums von der Vagina aus läßt sich feststellen, daß bei zahlreichen Fällen von entzündlichen Genitalerkrankungen gleichzeitig Abweichungen vom normalen Verhalten des Rektums vorkommen. Es gelingt in diesen Fällen durch systematische Behandlung des Darms (Ölkur), die Genitalerkrankung günstig zu beeinflussen und die Heilung zu beschleunigen.

Asch (Breslau): Nierenatrophie nach Ureterfistel.

Asch sah vor mehreren Jahren ein spontanes Versiegen einer postoperativen Ureterfistel, ohne daß geschlossen werden konnte, daß der Urin etwa wieder der Blase zuflöße. Er nahm Atrophie der Fistelniere an. Letztere trat sicher bei einer wegen Zervixkarzinoms operierten Frau ein, der Asch ein Stück des umwucherten Ureters reseziert hatte mit Einpflanzen des zentralen Endes in die Scheide. Bei einer postoperativen Ureterfistel (Exstirpation von Uterus und Pyosalpinx) beobachtete Asch das mehr und mehr abnehmende Sezernieren der Fistelniere, die er vor dem völligen Versiegen entfernte und demonstriert. Die Niere ist auf ein Viertel der normalen Größe geschrumpft, die Kapsel gefaltet und verschieblich, alle Maße verringert, das Becken relativ, aber nicht absolut erweitert; durch Fett im Hilus (Vakuumwucherung) eher eingestülpt. Die Niere zeigt Schrumpfung des Bindegewebes in der Rinde, Verdickung der Glomeruluskapseln bis zur Verkalkung, Schwund der Gefäßknäuel, zum Teil Verkalkung. Epithelschwund und geringe Färbbarkeit der Kerne an den Glomerulis und an den gewundenen Kanälchen. Vermehrung des Bindegewebes um die geraden Kanälchen, besonders an den Pyramidenspitzen. Degeneration des Epithels und teilweise Dilatation. Bindegewebswucherung an den Gefäßen. Intima und Muskularis verdickt bis zur teilweisen Obliteration des Lumen. Dieses Bild der Atrophie zeigt das Zugrundegehen des Organs deutlich; dementsprechend verhielt sich ihre Sekretion zur Arbeit der gesunden Niere wie 4:100. Sie betrug vor der Entfernung nur noch 1—6% der gesamten Urinausscheidung. Asch glaubt, daß in Fällen, in denen sich eine Einpflanzung des Ureters zunächst verbietet, die Nierenexstirpation nicht mehr der einzige Ausweg sei, sondern eine Heilung der Patientin auch spontan, durch Verödung der Fistelniere zustande kommen könne.

Everke (Bochum): Die Operation großer fixierter Blasenscheidefisteln nach Trendelenburg.

Vortragender beobachtete unter ca. 1500 gynaekologischen Fällen jährlich 3—5 Fälle in jedem Jahre. Bei beweglicher Blase konnte er alle Fisteln heilen operativ von der Vagina aus, bis auf etwa zwei, die sich nach einem Mißerfolg der Weiterbehandlung entzogen. Nach Anfrischung der Fistel, auch der Schleimhaut wurde zunächst die Schleimhaut durch Katgutfäden vereinigt und diese wurden nach der Blase zu geknotet (endovesikale Fäden). Eine zweite Reihe Fäden (Seide) wurden nach der Scheide zu geknotet. Recht ungünstig liegen die Verhältnisse, wenn die Blase fest am Beckenrande fixiert ist und es sich um große Fisteln handelt. Everke heilte zweimal solche komplizierte Fisteln ohne Verstümmelung. Im ersten Falle war bereits von anderer Seite die Kolpokleisis gemacht. Everke stellte hier wieder eine normale Scheide her und durch Trendelenburgsche Operation gelang es ihm, die Fistel zu schließen. Mit gleichem Glück operierte er in einem zweiten Falle, nachdem sich auch hier die Unmöglichkeit gezeigt hatte, die große Fistel in der fest fixierten Blase von unten her zu schließen. In letzterem Falle eröffnete er die Blase durch Längsschnitt und verlängerte den Schnitt bis in

die Fistel, da die Fistel fast bis in den Fundus der Blase reichte, und schloß nach Anfrischung durch endovesikale Naht die Fistel. Der Fundus der Blase wurde außerdem durch Lembertsche Nähte vereinigt und dann der Uterus darübergelegt und ventrofixiert. Die Seidenfäden bildeten in beiden Fällen Inkrustationen in der Blase, die aber durch Nachoperationen entfernt werden konnten.

Im zweiten Falle, wo ca. 30—40 endovesikale Fäden zum Abschluß der Fistel nötig waren, mußte eine große Menge Steine durch erneute Sectio alta von oben entfernt werden, und in derselben Sitzung wurde eine übriggebliebene linsengroße Fistel nach Anfrischung von unten geschlossen. Beide Frauen sind geheilt entlassen. Die zerstümmelnden Operationen werden hierdurch eingeschränkt werden.

Mittwoch, den 23. September 1908.

Thema: Eklampsie, Plazenta. Vortragende: Reifferscheidt (Bonn), Freund (Halle a. S.), Falk (Berlin). Diskussion: Heil, Asch, Seitz, Staude, Latzko.

Reifferscheidt (Bonn) berichtet über die Erfolge, die an der Bonner Frauenklinik mit der Schnellentbindung bei der Behandlung der Eklampsie erzielt worden sind. Während für die Mütter sich nur eine geringe Verbesserung der Mortalität gegenüber dem mehr abwartenden Verfahren ergab, konnten fast dreimal soviel Kinder als früher gerettet werden. Der vaginale Kaiserschnitt ist keine Operation für den praktischen Arzt. Es muß daher die Forderung aufgestellt werden, daß jede Eklampsie ins Krankenhaus gehört, wenn dieses schnell zu erreichen ist. Im übrigen ist in der Behandlung der Eklampsie von Narkotizis und Schwitzkuren ganz abzusehen: sehr gut zu empfehlen ist in manchen Fällen ein ausgiebiger Aderlaß mit nachfolgender Kochsalzinfusion: von größter Wichtigkeit ist eine sorgfältige Unterstützung der Herz- und Atemtätigkeit. Der Wert der Dekapsulation der Nieren in der Therapie der Eklampsie läßt sich noch nicht beurteilen. In der Bonner Klinik wurde die Operation bisher zweimal ausgeführt. Obgleich beide Fälle tödlich endigten, ließ sich jedesmal eine Steigerung der Diurese beobachten, so daß die Berechtigung des Eingriffs anerkannt werden muß. Die Schwierigkeit liegt in der Wahl des Zeitpunktes für den Eingriff. Da häufig rasch nach der Entbindung die Nierentätigkeit wieder in Gang kommt, ist es richtiger, 8—10 Stunden zu warten und erst zu dekapsulieren, wenn sich in dieser Zeit die Diurese nicht bessert. Der Eingriff ist ein sehr leicht und rasch auszuführender.

Freund (Halle a. d. S.) und Mohr (Halle a. d. S.): Zur Giftwirkung der Plazenta.

Von allen Eklampsietheorien ist die plazentare Autointoxikation klinisch wie experimentell am besten gestützt. Die anatomischen und klinischen Befunde bei Eklampsie sprechen aber für eine komplexe Giftwirkung. So legen z. B. die mit hämorrhagischer Diathese einhergehenden, meist rasch tödlich verlaufenden Eklampsiefälle die Annahme eines speziellen hämolytischen Giftes nahe. Als solche hämolytische Faktoren sind bereits mehrfach in pathologischen Prozessen (Karzinomen, Botriocephalus latus) lipoide Substanzen entdeckt worden. Freund und Mohr untersuchten daher menschliche Plazenten auf dergleichen lipoide Stoffe und fanden, daß das hämolytische Prinzip in der Plazenta die Ölsäure bzw. das ölsaure Na ist. Es ist somit zum ersten Male in der Plazenta ein Gift chemisch rein dargestellt und gezeigt worden, daß endogene scheinbar harmlose Stoffe unter gewissen Bedingungen schwere Alterationen verursachen können. Eine 5%ige Aufschwemmung menschlicher Erythrozyten wurde noch von zweidezimilligrammigem, ölsaurem Na hämolysiert. Die Hämolyse konnte durch frisches mütterliches, schwächer durch fötales Serum sowie durch andere Substanzen, zum Beispiel Lezithin und Cholestearin, in bestimmter Konzentration gehemmt werden. Aus den Versuchen ging ferner hervor, daß es sich bei der Inaktivierung der Seife durch die genannten Substanzen um eine chemische Bindung und nicht um Ambozeptor-Komplementwirkung handelt. Das plazentare Hämolysin ist nicht identisch mit dem gleichfalls aus dem plazentaren Preßsaft herzustellenden, akut tödlich wirkenden Gift, wie intravenöse Applikationen zeigten. Biologisch erklärt das plazentare Hämolysin die Eisenaufnahme aus dem mütterlichen Hämoglobin in den intervillösen Räumen. Mangel an hämolysehemmenden Stoffen oder übermäßige Produktion aktiver Stoffe könnten also Veranlassung dazu sein, den Wirkungskreis des plazentaren Hämolysins ins mütterliche Blut selbst hineinzuverlegen.

Falk (Berlin): Zur Biochemie der Plazenta.

Nach Erörterung der bestehenden Theorien berichtet Falk über Untersuchungen, welche er gemeinschaftlich mit Professor Bergell angestellt hat, um die Herkunft und Lokalisation der in der Plazenta enthaltenen, eiweißspaltenden Fermente festzustellen. Sie fanden, daß ein zuerst von Bergell und Liepmann gefundenes, die Peptidbindung des Tyrosins spaltendes Ferment rein intrazellulär in der Plazenta lokalisiert ist. Denn es gelang nicht, das sorgfältig, aber ohne Zerstörung der Zellen zerkleinerte Organ durch wiederholtes Waschen und Auspressen von dem Fermente zu befreien. Die in den Zellen verbleibende Fermentmenge, welche durch Auspressen des ausgewaschenen Breies bei einem Druck von 250 Atmosphären und Behandlung nach dem Buchnerschen Verfahren erzielt wurde, war eine so große, daß sie aus 22 *g* Seidenfibroinpepton 0·75 *g* Tyrosin abspaltete. Es entspricht dieses dem Tyrosingehalt von ungefähr 15 *g* Kasein. Dieser Versuch beweist die intrazelluläre Lokalisation des tyrosinabspaltenden Fermentes und ferner, daß ein derartiges Ferment in einer Menge in den Zellen der Plazenta enthalten ist, die für den Eiweißabbau des ausgetragenen Kindes hinreicht. Diese intrazelluläre Lokalisation des Fermentes beweist, daß die Plazenta ein eigentliches Stoffwechselorgan ist, das, ähnlich wie die Leber, nicht ein Ferment sezerniert, welches dem abzubauenden Eiweiß zugeführt wird, sondern ein Organ, in dessen Zellen selbst diese eiweißspaltenden und vielleicht auch synthetisierenden Prozesse erfolgen.

Diskussion:

Heil (Darmstadt) rät, so früh wie möglich bei Eklampsie zu entbinden. Nach zwei vaginalen Kaiserschnitten trat der Tod ein, weil die Patienten zu spät eingeliefert wurden. Im Gegensatz zu Reifferscheidt hält er den vaginalen Kaiserschnitt auch im Hause der Patientin für möglich, unter Umständen sogar für erforderlich, nur muß sofort ein mit der Technik vertrauter Geburtshelfer gerufen werden.

Asch (Breslau) plädiert für schleunige Entbindung bei Eklampsie vor der Geburt. Wenn sie nach der Entbindung auftritt, dekapsuliert er. In vier Fällen hat er die Dekapsulation vorgenommen, davon war bei dreien die Eklampsie post partum aufgetreten.

Seitz (München) bestätigt nach seinen Erfahrungen Reifferscheidts Ausführungen betreffs vaginalen Kaiserschnittes. Die Art des eklamptischen Giftes ist verschieden; er unterscheidet: 1. allgemein toxische Einwirkung des Giftes, 2. ein Gift, welches schädigend auf Zerebrum und Nervensystem einwirkt. Nach gehäuften Anfällen treten erfahrungsgemäß mehr Psychosen, Schädigungen des Gehirns als der Tod ein.

Staude (Hamburg) steht jetzt auf dem Standpunkt der Olshausenschen Klinik. Er betont, daß es für die Beurteilung der Behandlungsmethoden und der Prognose notwendig sei, sehr große Reihen von Hunderten von Einzelfällen in Vergleich zu ziehen, eine prozentuelle Berechnung aus 20 oder 30 Einzelbeobachtungen könne nichts besagen. Er bemerkt noch, daß ihm Sauerstoffinhalationen bei Eklampsie post partum gute Dienste geleistet haben.

Latzko (Wien): Von der Voraussetzung ausgehend, daß in der Plazenta die Giftquelle der Eklampsie zu suchen sei, habe ich den Versuch gemacht, in neun Fällen von puerperaler Eklampsie, die erst nach der Entbindung aufgetreten war, die Uterushöhle von anhaftenden Plazentateilchen durch Auskratzung zu reinigen. In einem Falle war kein Effekt zu sehen. Heilung trat erst nach Nierendekapsulation ein. Alle anderen Fälle sind glatt genesen. Ich ziehe aus der kleinen Zahl keine Schlüsse, empfehle aber das Experiment zur Nachprüfung.

Thema: Die Erkenntnis der Pyelitis gravidarum und ihre Behandlung durch Auswaschung des Nierenbeckens. Vortragender: Stöckel. Diskussion: Latzko, Krömer, Knoop, Staude. Schlußwort: Stöckel.

Stöckel (Marburg a. L.): Wir wissen, daß die Schwangerschaft die Pyelitis bedingt, daß die Urinstauung in den Ureteren das Wesentlichste ist, daß diese Stauung rechts häufiger und stärker als links zu sein pflegt und daß der gestaute Harn Kolibazillen allein oder mit anderen Keimen gemeinsam enthält. Unklar ist noch, wie die Kolibazillen ins Nierenbecken gelangen. Ich glaube, daß es sich um aszendierende Infektion handelt (Anführung mehrerer selbst beobachteter Fälle), ich verfüge aber auch über Beobachtungen gerade besonders schwerer Fälle, deren Ätiologie nicht eindeutig erscheint. Jedenfalls ist die Koliinfektion weniger wichtig wie die Harnstauung, die das Typische der Erkrankung ausmacht. Nach den Ergebnissen des Ureterkatheterismus glaube ich, daß das Passagehindernis unterhalb der II. Ureterspindel liegt. Die Diagnose wird oft falsch gestellt. Bei den Fällen mit gleichzeitiger Zystitis wird die Pyelitis häufig übersehen. Bei den sehr viel häufigeren Fällen ohne alle Blasenerschei-

nungen wird die Diagnose oft in ganz falsche Bahnen gelenkt und es wird den klinischen Erscheinungen zufolge auf Perityphlitiden, Leber-, Gallenblasen-, Adnexerkrankungen etc. gefahndet. Schmerzhaftigkeit am Mc Burneyschen Druckpunkt spricht bei einer Graviden mehr für Pyelitis als für Perityphlitis. Wichtig ist die Nierendruckempfindlichkeit, ausschlaggebend die genaue, besonders die bakteriologische Urinuntersuchung und vor allem die Zystoskopie und der doppelseitige Ureterkatheterismus. Mit ihrer Hilfe ist jede Pyelitis absolut sicher in jedem Stadium zu diagnostizieren. Bettruhe bringt selbst in schweren Fällen mit Fieber zuweilen noch Heilung. Nützt sie in Verbindung mit Harnantiseptizis nichts, so muß die Pyelitis direkt behandelt werden. Es konkurrieren drei Behandlungsmethoden: 1. der künstliche Abort, 2. der Ureterkatheterismus mit oder ohne Nierenbeckenspülung, 3. die Nephrotomie. Der künstliche Abort ist prinzipiell zu verwerfen und völlig entbehrlich. Die Nephrotomie ist für die ganz schweren verschleppten Fälle zu reservieren, bei denen sich aus einer Pyelitis eine echte Pyonephrose entwickelt hat.

Für die typischen Fälle, selbst wenn sie schwer sind, ist zunächst der Ureterkatheterismus angezeigt. Da er schon diagnostisch notwendig ist, dient er der Diagnose und Therapie zugleich. Genügt die Entleerung des gestauten Harns durch einfachen Katheterismus nicht, so ist die Nierenbeckenspülung anzuschließen. Die Technik wird an der Hand einer Wandtafel genau erörtert und demonstriert. Bisher sind fünf Frauen mit Pyelitis durch Nierenbeckenspülungen geheilt. Es gelang bei allen, das Fieber und die Schmerzen zu beseitigen und die Gravidität zu erhalten. Alle Kinder wurden lebend geboren und blieben am Leber, sämtliche Mütter wurden gesund.

Diskussion:

Latzko (Wien): Auf Grund derselben Überlegungen, die vorhin Stöckel so klar auseinandergesetzt hat, übe ich seit mehr als zehn Jahren bei Pyelitis den Dauerkatheterismus des erkrankten Nierenbeckens. Man kann den Ureterenkatheter ruhig ein bis mehrere Tage liegen lassen. Sie kennen alle den Effekt des Verweilkatheters bei schwerer Zystitis. In ähnlicher Art und Weise reagieren schwere Fälle von Schwangerschaftspyelitis auf den Verweilkatheter im Nierenbecken mit raschem Temperaturabfall.

Krömer (Berlin) kann nur die klaren und exakten Ausführungen Stöckels unterschreiben. Er spült das Nierenbecken mit Wasserstoffsuperoxyd.

Knoop (Oberhausen) empfiehlt bei Erkrankung in den späteren Monaten Einleitung der künstlichen Frühgeburt für den Praktiker, besonders bei ganz schweren Fällen, denn nicht jede Patientin geht ins Krankenhaus.

Staude (Hamburg) heilt nach dem Vorgange von Lenhartz mit Bettruhe und reichlicher Flüssigkeitszufuhr (Lindenblütentee).

Stöckel sagt in seinem Schlußwort im Gegensatz zu Knoop, daß gerade in schweren Fällen Aufnahme in einem Krankenhause erfolgen müsse, um den Ureterenkatheterismus und Spülung des Nierenbeckens durchzuführen und so eine sichere Heilung zu ermöglichen.

Thema: Über die Erfolge der Doyenschen Myomoperation. Vortragende: Schottelius, Zacharias. Diskussion: Sellheim.

Schottelius und Zacharias: I. Teil: Schottelius berichtet über die Erfolge der Doyenschen abdominalen Uterusexstirpation wegen Myom. Von 127 Patienten starben 5 primär (2 Embolie, 2 Peritonitis, 1 Pneumonie und Herzschwäche) = 4%, Mortalität. Vortr. empfiehlt die Totalexstirpation des myomatösen Uterus unter Benutzung des Faszienquerschnittes und eventueller Enukleation bzw. Morcellement.

II. Teil: Zacharias berichtet über das Ergebnis der Nachuntersuchungen, welche er bei 86 Patientinnen vorgenommen hat. Obwohl ein Drittel der Kranken mit dem Längsschnitt und zwei Drittel mit dem Pfannenstielschen Querschnitt operiert wurden, und obwohl, prozentual berechnet, doppelt soviel Querschnitte als Längsschnitte mit Sekretion heilten, konnte bei keiner Querschnittsnarbe eine Hernienbildung nachgewiesen werden. Dagegen wurden nach Längsschnitt 3mal über faustgroße Hernien vorgefunden, von denen zwei nach Eiterung der Wunde, eine dagegen nach primärer Heilung entstanden war. Nur 3mal konnten krankhafte Veränderungen im Becken nachgewiesen werden, und zwar je ein empfindliches und vergrößertes Ovarium. 22 Frauen hatten bereits vor der Operation psycho-neurotische Störungen gezeigt, 15 von diesen Kranken behielten die Beschwerden noch nach der Operation, 7 wurden durch die Operation davon befreit. Andrerseits bekamen fast die Hälfte derjenigen Frauen, die früher derartige Symptome überhaupt nicht gezeigt hatten, solche nach

der Operation. Als Kastrationserscheinung zu deutender exzessiver Fettansatz oder deutliche Atrophie des Scheidenstumpfes wurden niemals beobachtet. Molimina menstrualia traten bei einem Viertel der operierten Frauen auf, hauptsächlich bei denen, bei welchen ein oder zwei Ovarien zurückgelassen wurden. Einmal wurde eine vikariierende Menstruation beobachtet: regelmäßig alle vier Wochen Nasenbluten und blutiges Sputum. Ein Fünftel der Operierten gab an, in der Erwerbsfähigkeit nicht gebessert zu sein. Als Grund hierfür ließ sich feststellen: 2mal sehr starke Ausfallserscheinung, 3 Bauchhernien, einmal Epilepsie. Bei den übrigen 9 ließ sich eine objektive Unterlage für die mangelhafte Leistungsfähigkeit nicht feststellen.

Diskussion:

Sellheim (Tübingen): Das ursprüngliche Doyensche Verfahren, das hintere Scheidengewölbe mit einer Kornzange vorzudrängen, läßt sich vereinfachen. Man orientiert sich von der Plica recto-uterina und, wenn das zweifelhaft ist, gleichzeitig mit der anderen Hand von der Plica vesico-uterina aus, über den Stand der Portio und schlägt den Haken direkt vom Douglas aus in die hintere Lippe, zieht an, schneidet unter dem Haken das hintere Scheidengewölbe mit der Schere quer ein und zieht die Portio in die Bauchhöhle. Damit vermeidet man den vaginalen Akt der Operation. Sellheim hat in dieser Weise von 63 Myomen 49 nach der Doyenschen Methode operiert. Die anderen sind durch atypische Totalexstirpation von oben, nur wenige durch Enukleation geheilt. Einige Male war es bequemer, die Portio durch das vordere Scheidengewölbe in die Bauchhöhle zu ziehen. 61mal kam man mit dem Pfannenstielschen Schnitt aus. Der Hautschnitt war im Durchschnitt aller Fälle 18 *cm* lang. Drei Thrombosen kamen trotz Frühaufstehens vor, alle Patienten sind geheilt entlassen.

Thema: Wurmfortsatz. Vortragende: Hönck, Weisswange.

Hönck (Hamburg): Über einige Beziehungen des Blinddarms zu den weiblichen Beckenorganen.

Die Entzündung des Fortsatzes greift nicht nur durch Kontakt auf die Beckenorgane über; es kann, ebenso wie der Lymphapparat, auch das retroperitoneale Bindegewebe beteiligt sein, ganz unabhängig davon, ob der Fortsatz retroperitoneal liegt oder nicht. So kann bei wiederholten Anfällen Parametr. atrophicans (Param. posterior) zustande kommen. Die vom Vortragenden schon vor zwei Jahren klinisch nachgewiesene einseitige Sympathikusreizung ist neuerdings erwiesen durch Unterschiede in der Temperatur beider Achselhöhlen. Die von Schäffer bei Vorfällen der weiblichen Beckenorgane festgestellten Blutstauungen können reflektorisch durch Fortsatzerkrankung bedingt sein. Auf Fortsatzerkrankung und ihre Folgen: Blutumlaufsstörungen mit oder ohne intraperitoneale Infektion können in manchen Fällen zurückgeführt werden: Sterilität (Motilitätsstörungen der Eileiter), Extrauteringraviditäten, Metritis, Endometritis. Als Folgen: Abort, falsche intrauterine Eieinbettung (Placenta praevia), Störungen der Wehentätigkeit, Dysmenorrhöe, starke Blutungen bei der Regel und nach rechtzeitiger Geburt (Atonie). Auch in der Schwangerschaft und im Wochenbett kommt es häufiger zu Erkrankungen des Fortsatzes, als angenommen wird. Daher in manchen Fällen die typischen Schwangerschaftsbeschwerden; im Wochenbett namentlich schlechte Zurückbildung und ihre Folgen. Vortragender weist darauf hin, daß er schon vor zwei Jahren als erster auf die durch Erkrankung des Fortsatzes hervorgerufenen Reizerscheinungen im sympathischen System hingewiesen hat als einen Vorgang, der nicht nur zu den verschiedensten Funktionsstörungen je nach dem Charakter eines Organs führen kann, sondern auch die örtliche Disposition für Bakterieneinwanderung verständlich macht.

Weisswange (Dresden): Soll der Wurmfortsatz bei gynaekologischen Laparotomien mit entfernt werden?

Der Grundton, der durch die Literatur zieht, ist, kurz gesagt, folgender: Inspektion der Appendix bei jeder Laparotomie und Entfernung, wenn dieselbe erkrankt ist. Pankow hat schon die Forderung aufgestellt, jede Appendix grundsätzlich zu entfernen, sofern der Zustand der Patientin diesen Eingriff nicht verbietet. Ist die Erkrankung klar, so wird unsere Handlungsweise natürlich in der Entfernung des Organs zu bestehen haben. Nun ist es aber nach meinen Erfahrungen ganz unmöglich, makroskopisch festzustellen, ob die Appendix gesund ist. Wie unangenehm aber für den Operateur die Lage werden kann bei nicht Mitentfernung der Appendix, möge Ihnen folgender Fall lehren: Es handelte sich um eine 36jährige Frau, die an doppel-

seitiger Adnexerkrankung litt, und nachdem sie jahrelang erfolglos behandelt worden war, zur Operation kam. Es wurden bei der Laparotomie zwei große eitrige Tubensäcke entfernt. Das rechte Ovarium war noch nicht so zerstört, daß man im Hinblick auf das jugendliche Alter der Patientin nicht den Versuch machen konnte, einen größeren Teil desselben zurückzulassen. Die makroskopisch keine Veränderung bietende Appendix wurde zurückgelassen. Am dritten Tage nach der Operation stellte sich Temperaturerhöhung bis 38·6° ein, die auch in den nächsten Tagen anhielt. Natürlich vermutete ich eine Infektion. Der Fall erschien mir klar, als ich am neunten Tage einen Bauchdeckenabszeß spalten konnte. Aber auch jetzt blieb die richtige Erholung aus. Am 21. April wurde abermals ein rechtseitiger Bauchdeckenabszeß von meinem Vertreter gespalten, worauf die Frau sich wieder etwas, aber nicht vollkommen erholte. Als ich sie anfangs Mai — also drei Monate nach der Operation — wiedersah, klagte sie über starke Schmerzen im Mastdarm und ich fühlte per vaginam eine diffuse teigige Schwellung am aufsteigenden Schambeinast. Die Schmerzen steigerten sich unter Temperaturerhöhung, und es bildete sich in dem rechten Wundwinkel eine Schwellung, aus der sich auf Inzision Eiter entleerte. Es handelt sich um einen nach unten gehenden Fistelgang, dessen Ursache nicht festzustellen war.

Aber auch jetzt blieb die Erholung aus. Ich mußte mich zu einer zweiten Laparotomie am 13. Juli entschließen. Meine Vermutung, daß die Eiterung von einem zurückgelassenen Ovarienstumpf ausgehen könnte, bestätigte sich nicht. Dagegen fand sich das Zökum stark verwachsen rechts an der Bauchwand. Ganz allmählich gelang es, die Appendix aus ihren Verwachsungen zu lösen, ihr perforiertes Ende ging in die Wunde der vorderen Bauchwand über und hat hier die Eiterung unterhalten. Es war also während der Rekonvaleszenz der Operation eine Appendizitis aufgetreten. Der Eiter war nach oben durchgebrochen, aber auch nach unten hatte sich derselbe einen Weg in das periproktitische Gewebe gebahnt. Neben der alten Narbe hatte sich eine Fistel gebildet, die Eiter sezernierte. Nach meinen Erfahrungen und Beobachtungen kann ich nur den Standpunkt der Operateure teilen, die dazu raten, bei gynaekologischen Operationen die Appendix grundsätzlich mit zu entfernen. Nachteile bringt die Entfernung der Appendix nicht mit sich. Was die Gegenindikation der Appendektomie bei gynaekologischen Laparotomien anbetrifft, so dürfte in der Verlängerung der Operation durch Entfernung der Appendix nur ausnahmsweise ein Hinderungsgrund liegen. Dagegen möchte ich in den Fällen eine Gegenindikation sehen, wo die obliterierte Appendix umgeschlagen, in unschädlichen Adhäsionen verwachsen, auf dem Zökum liegt und keinerlei Beschwerde macht. Auch bei älteren, jenseits der Klimax stehenden Frauen darf eine makroskopisch gesund aussehende Appendix zurückgelassen werden, da hier auch in der Appendix schon Rückbildungsvorgänge eingetreten sind.

Thema: Abdominale Krebsoperation. Vortragende: Franz, Krömer, H. W. Freund, Baisch. Diskussion: Hofmeier, Henkel, Latzko, Fehling, Sellheim.

Franz (Jena): Über die Resultate der operativen Behandlung des Gebärmutterkrebses.

Von 140 Fällen abdomineller Krebsoperation bestand eine Gesamtmortalität von 19·28%. Bei 124 von Franz selbst operierten Frauen bestand eine Mortalität von 16·13%, in den letzten $2^3/_4$ Jahren bei 88 Fällen eine solche von 12·5%. Von 17 vaginal Operierten ist eine gestorben. Die Gesamtoperabilität betrug 81·35%. 193 Karzinome waren inoperabel, 24 primär inoperabel, 11 wurden durch die Laparotomie als inoperabel festgestellt. Bei 20 Frauen wurden Rezidive operiert, 2 sind gestorben, 2 seit 2 Jahren, 1 seit $^3/_4$ Jahren rezidivfrei. Diese Verbesserung führt Vortragender auf eine Verbesserung der Technik zurück. Er schließt die Bauchhöhle nicht. Er leitet keine lange Vorbehandlung mehr ein. Er löffelt nur aus und spült die Scheide. Auch Rezidivoperationen haben ihre Berechtigung.

Krömer (Berlin): Über den Einfluß der Wundbehandlung auf den Heilungsverlauf der abdominalen Krebsbehandlung.

Vortragender berichtet über die Erfolge der abdominalen Radikaloperation des Uteruskrebses, welche an der Bummschen Klinik in den letzten $2^1/_2$ Jahren beobachtet worden sind. Vom Mai 1906 bis Juli 1907 kamen 34 Frauen zur Operation, davon

starben an Infektion (an retroperitonealen Abszessen, Peritonitis) 12 = 38%. Wundschutz. Asepsis, sorgfältige Vorbereitung des Operationsbereiches, Reinigung des Abdomens durch Spülung mit physiologischer Kochsalzlösung führten keine Besserung herbei. Bumm, welcher bisher das Peritoneum geschlossen und nur in das Subserosium einen Tampon geschoben hatte, veränderte dabei sein Verfahren durch Einführen einer veränderten Wundversorgung. Er schließt die seitlichen Wundspalten durch eine beiderseitige, vom Spermatikalstumpfe bis zum Vaginalrand reichende Naht, umsäumt die Vagina mit Knopfnähten, welche vorn das Blasenperitoneum, hinten das Peritoneum des Rektums fassen und so Blase und Rektum raffen, gleichzeitig wird das Vaginalrohr dadurch klaffend erhalten. Zum Schlusse wird durch einen faustgroßen Tampon, der durch die Vagina abgeleitet wird, das Peritoneum fest auf die subseröse Wundfläche gepreßt. Diese Trockenlegung des Peritoneums durch Tampondrainage nach Peritonisieren der Wunde und peinliche Blutstillung beseitigt die bisher ab und zu immer wieder auftretende Peritonitis. Seit dem 27. Juli 1907 wurden operiert 40 Frauen, gestorben sind davon 6 = 15%. An Infektion (retroperitonealer Phlegmone) starben 2 = 5%, an Peritonitis keine. Diese Herabsetzung der Infektionsquote von 38% auf 5% scheint dem Vortragenden für die Wichtigkeit des oben geschilderten Verfahrens zu sprechen. Die Klinik wird darauf halten, die Resultate noch zu bessern.

Herm. Freund (Straßburg): Zur Behandlung des inoperablen Uteruskarzinoms.

Die Operabilität eines Uteruskarzinoms ist dann sicher ausgeschlossen, wenn die Wucherungen unter Überschreitung des Beckenbindegewebes in andere Organe eingedrungen sind und Perforationen, Wassersucht oder andere terminale Prozesse verursacht haben. Nicht mehr radikal operable Karzinome hat Freund bisher 7mal nach der erweiterten Freundschen Operationsmethode behandelt, um Blutungen, Ausflüsse und Schmerzen zu beseitigen, was doch mit anderen Behandlungsmethoden nur ausnahmsweise zu erreichen ist. Das ist in allen Fällen für längere oder kürzere Zeit gelungen, der älteste ist fast 2 Jahre in Beobachtung. Bei diesem wurde erst die nekrotische Portio amputiert und eine dabei aufgedeckte Krebshöhle mit protrahierten Irrigationen (3% Wasserstoffsuperoxyd) eine Woche lang gereinigt. Bei der abdominalen Totalexstirpation wurde die Peritonealhöhle durch zahlreiche Gazetücher geschützt. Nach dem Einschneiden des Bauchfelles lag die Hinterwand der mit Krebsmetastasen besetzten Harnblase zum Teil bis auf die Muskelschicht bloß, ließ sich aber trotz Abtragens der Wucherungen mit der Schere schonen. Krebs blieb aber hier wie beim Ausräumen der Parametrien zurück. Die Scheide wurde freigelegt und vor der Amputation nach rechts und links zugebunden, ihr Rudiment lose vernäht und mit Peritoneum überdeckt. Heilung. Alle Abgänge hörten auf; jetzt erst beginnen neue Schmerzen. In einem ähnlichen Falle hat Freund 6 Wochen zur Vorbereitung verwenden müssen. Trotz der Anwesenheit von Streptokokken wurde die abdominale Operation ausgeführt und gelang ohne Nebenverletzungen, wenn auch Krebs an der Blase und im Zellgewebe zurückgelassen werden mußte. Auch hier war der primäre und weitere Verlauf bis jetzt befriedigend. In der guten Vorbereitung liegt zum großen Teil die Gewähr eines glücklichen Ausganges. Bei länger dauernder Vorbereitung schwellen mitunter die Parametrien nicht unbedeutend ab, so daß die eigentliche krebsige Infiltration dann geringer ist, als es zuerst schien. Sicherer Schutz der Bauchhöhle, möglichst rasches und gedecktes Entfernen der krebsigen Organe ist wesentlich. Verletzungen von Hohlorganen scheut Freund hier besonders und rät, bei der Unmöglichkeit, die Ureteren zu schonen, lieber von der Operation abzusehen und sich mit der Arterienunterbindung zu begnügen, als Einpflanzungsversuche zu wagen. Ein begünstigender Faktor liegt in der Lumbalanästhesie, welche die Körperkräfte wenig schädigt. Bei heftigen, auch mit großen Morphiumdosen nicht zu beschwichtigenden Schmerzen im Verlaufe vorgeschrittener oder rezidivierter Krebse hat Freund zweimal gute Resultate von einer einmaligen Rückenmarksanästhesie gesehen.

Baisch (München): Spülung der Bauchhöhle bei Laparotomien.

Die Infektion von außen können wir durch Gummihandschuhe und Gaudanisierung mit Sicherheit verhüten. Die endogene Infektion vom infizierten Operationsgebiet ist dagegen weit schwerer zu bekämpfen. Die Drainierung genügt meist nicht. Am zuverlässigsten ist die Spülung der Bauchhöhle. Olshausen verwirft sie und Macken-

rodt erwähnt einen Todesfall. Baisch hat in 40 Fällen keinen Nachteil davon gesehen, wohl aber sind die Vorteile sehr beträchtliche. Doch ist es nicht nötig, bei jeder Laparotomie zu spülen, vielmehr nur aus ganz bestimmten Indikationen. Erstens bei Verschmierung der Bauchhöhle, z. B. bei geplatztem Ovarialkystom, Dermoid, speziell bei bösartigen Eierstocksgeschwülsten, um Implantationen zu vermeiden. 5 Fälle mit glatter Heilung. Zweitens bei Anwesenheit von altem oder frischem Blut in größeren Mengen, also bei Tubenschwangerschaften und bei Hämatokele. Am wichtigsten aber sind drittens die Spülungen bei infektionsverdächtigen Fällen: bei Darmeröffnung, bei Ovarialabszessen, bei Pyosalpinx und bei Gebärmutterkrebs. 10 Fälle von Pyosalpinx sind glatt geheilt. Noch beweisender ist die Heilung von 9 Uteruskarzinomen, bei denen Karzinomjauche in die Bauchhöhle geflossen war, besonders nachdem vor Einführung der Spülungen von fünf ebensolchen Fällen drei gestorben sind. Eine richtige Technik ist unerläßliche Vorbedingung, Verwendung eines großen Sterilisators, aus dem durch Schlauch und Glasrohr die Flüssigkeit direkt in die Bauchhöhle fließt. Die Hauptwirkung ist die mechanische Entfernung der Keime. Unterstützend kommt dazu die Resorption von Flüssigkeit und die kräftige Anregung der Leukozytose.

Diskussion.

Hofmeier (Würzburg) zweifelt daran, ob die Vervollkommnung in der Technik in der Bummschen Klinik die besseren Resultate gezeitigt. Im Gegensatze zu Franz meint er, daß gerade die Vorbereitung an seiner Klinik die Ursache der besseren Resultate sei. Die Bauchhöhle wurde nicht ausgespült. Mit der Ausdehnung der Operation hat man seiner Ansicht nach nicht viel erreicht. Für die Besserung der Dauerresultate ist das Heil nur in der Frühdiagnose zu suchen.

Henkel (Greifswald) teilt diese Ansicht. Die Ärzte müssen in der Karzinomdiagnose besser ausgebildet werden. Er spricht sich auch für die Vorbereitung aus, und zwar nicht nur tage-, sondern unter Umständen wochenlang; erst wird ausgekratzt und paquelinisiert, dann Azetontherapie nach Gellhorn. Die Prognose der erweiterten Karzinomoperation ist durch Anwendung der Lumbalanästhesie eine wesentlich günstigere geworden. Die trockene Asepsis ist die beste. Rezidive müssen auch operiert werden.

Latzko (Wien): Von Köln aus ist vor mehreren Jahren der erfolgreiche Versuch gemacht worden, das Problem der Ausschaltung der peritonealen Infektion umzuwandeln in das Problem der sicheren Abgrenzung des infizierten Gebietes gegen die freie Bauchhöhle. Bliesener hat aus der Bardenheuerschen Klinik zuerst die sogenannte hohe Peritonealüberdachung des kleinen Beckens mit Hilfe der Flexur empfohlen und ich bin seither seinem Vorschlag bei Operationen infektiöser Prozesse im kleinen Becken gefolgt. Seit dem Kieler Kongreß übe ich das Verfahren, Vernähung der Flexur mit Blase und Peritoneum parietale. auch bei Karzinom. Wie Ihnen bekannt, geht auch Amann seit mehreren Jahren in ganz analoger Weise vor. Ich erblicke den unzweifelhaften Vorteil der Methode darin, daß durch die während der ganzen Operation nach oben geschlagene, mittelst Kompressen abgedeckte Flexur, die bis zum Schlusse mit infektiösem Material nicht in Berührung gekommen ist. ein absolut verläßlicher Abschluß des infizierten kleinen Beckens gegen die keimfreie Bauchhöhle erzielt wird. Seitdem ich so operiere, kommt Peritonitis nach Karzinomoperation so gut wie gar nicht mehr vor. Die Ansicht Freunds von der ominösen Bedeutung der Uteren- oder Blasenverletzung in den von ihm betrachteten Fällen teile ich keineswegs. Es ist im Gegenteil unvergleichlich besser, einen Ureter oder die Blase zu resezieren, als das Karzinom mühsam von ihnen abzulösen. Solche Versuche führen verhältnismäßig oft zu Ureter- und Blasennekrose. Die wochenlange Vorbereitung der Karzinome, die Henkel empfiehlt. erscheint mir bedenklich, weil wir alle wissen, in wie kurzer Zeit Karzinome wachsen können. wie bald also aus einem prognostisch günstigen ein ungünstiger Fall werden kann. Ich bereite dementsprechend immer nur knapp vor der Operation vor.

Fehling (Straßburg) hält im Gegensatz zu Baisch das Parametrium für empfindlicher als das Peritoneum. Wenn es angängig ist, schließt man den Bauch, sonst bei Streptokokken- oder Koliinfektion drainiert man. Eine lange Vorbereitung billigt er aus den von Latzko angeführten Gründen auch nicht.

Sellheim: Kroemers Vorschlag zur Verbesserung der Operationstechnik besteht aus der Kombination zweier Verfahren: exaktes Peritonisieren und sorgfältige Blutstillung plus Tamponade. Um herauszubekommen, wo der Vorteil liegt, muß man beide Verfahren getrennt probieren. Ich habe seither, soweit es ging, nur mit exaktem Peritonisieren und sorgfältiger Blutstillung operiert: 35 Operationen, 5 Todesfälle. Ich bereite das Karzinom nicht vor. Um das zu erreichen, was Freund will, brauchen wir uns keine besondere Mühe zu geben. Solche Fälle von nicht radikaler Entfernung des Karzinoms passieren von selbst, wenn man vorgeschrittene Karzinome operativ angreift. Die planmäßige Durchführung von vornherein nicht radikal scheinender Fälle ist eine nicht ungefährliche Methode der palliativen Hilfe. Küstner hat vor einigen Jahren die vielversprechende Idee gehabt, inoperablen Kar-

zinomkranken durch Kolpokleisis rectalis eine palliative Hilfe zu bringen. Sellheim hat die Methode zweimal mit absolutem Mißerfolg probiert. Trotz aller Mühe, einigermaßen sauber zu vernähen, ist die Kolpokleisis nicht geheilt. In einem Falle schloß sich außerdem — zum Glück — die Mastdarmscheidenfistel von selbst bis auf eine kleine Öffnung, im anderen Falle bekam die Frau am Fistelrande ein Impfkarzinom. Sellheim kann danach die Methode nicht empfehlen.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Gynaekologie.

Cumston, Ovariotomy during Pregnancy. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp., Sept.
Bushnell and Kerrawalla, A Series of Ovarian Neoplasms Mainly Malignant. Ebenda.
Whiteford, A Case of Pyophysometra in which the Bacillus Coli Communis was the Infecting Medium. Ebenda.
Mc Cann, Grape-like Sarcoma of the Cervix Uteri. Ebenda.
Oliver, A fibroid Polypus weighing about one pound and a half, groving from the left lip of the Cervix Uteri. Ebenda.
Ross, The Treatment of Acute General Septic Peritonitis. The Amer. Journ. of Obst., Sept.
Ehrenfest, Endometritis exfoliativa — Dysmenorrhoea membranacea. Ebenda.
Chambers, Diseases and Injuries of the Cervix Uteri. Ebenda.
Ronginsky, Gangrene of the Puerperal Uterus. Ebenda.
Sothoron, Hour-glass Contraction of the Uterus During Labor. Ebenda.
Sitzenfrey, Über lediglich mikroskopisch nachweisbare metastatische Karzinomerkrankung der Ovarien bei primärem Magenkarzinom. Mitt. a. d. Grenzgeb. der Med. u. Chir., Bd. XIX, H. 2.
Latzko, Eine neue Methode der intraperitonealen Ligamentverkürzung. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 39.
Freund und v. Rosthorn, Modelle von 10 Durchschnitten weiblicher Becken. Ebenda.
Daels, Beitrag zur Lehre der Ovarialorganome. Arch. f. Gyn., Bd. LXXXVI, H. 2.
Zweifel, Die Gefahren und der Nutzen der intrauterinen Injektionen. Ebenda.
Grünbaum, Das klinische Verhalten des Adenomyoma uteri. Ebenda.
Boldt, Non-Surgical Treatment of Uterine Displacements. The Journ. of the Amer. Med. Assoc., Vol. LI, Nr. 11.
Montgomery, The Vaginal, the Vertical-Abdominal and Pfannenstiel Incisions. Ebenda.
Valdagni, Qualche considerazioni intorno alla cardiopatia come complicazione della gravidanza. La Clin. Ostetr., Nr. 17.
Tonelli, Contributo allo studio dei fibromiomi uterini. La Rass. d' Ostetr. e Gin., Nr. 9.
David, L'endoscopie utérine. Ann. de Gyn. et d'Obst., Sept.
Mériel et Baudet, Fibro-myôme du ligament rond. Ebenda.
Hardouin, Fibrome ulcéré de la paroi antérieure du vagin. Revue de Gyn., Nr. 4.
Bjorkenheim, Contribution à l'étude de la muqueuse utéro-vaginale chez la femme. Ebenda.
Laignel-Lavastine, Les troubles physiques dans les syndromes ovariens. Ebenda.
Herzl, Über die hintere sagittale Diszision der Cervix uteri. Zeitschr. f. Geb. und Gyn., Bd. 73. H. 3.
Neu, Über entzündliche Schleimhautwucherung mit epithelialer Mehrschichtung in der Tube. Ebenda.
Lesniowski, Ein Lymphknötchen in der Schleimhaut der Portio vaginalis uteri. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 40.
Staude, Eine Bemerkung zu meinem Artikel „Zur vaginalen Radikaloperation des Kollumkarzinoms“. Ebenda.
Pankow, Die Differentialdiagnose zwischen Appendizitis und weiblichen Genitalerkrankungen. Med. Klinik, Nr. 40.
Hartmann, Ovariotomie während der Geburt. Ebenda.

Geburtshilfe.

Stinda, Über eine ausgetragene Tubargravidität. Inaug.-Diss., Leipzig, August.
Bonnaire, Seméiologie des vomissements incoercibles de la grossesse. La Presse Méd., Nr. 72.
Samuel, Über Dammschutz. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 38.
Góth, Über die Gefahr einer Luftembolie bei meinem Handgriffe. Ebenda.
Rouvier, De l'allongement oedémateux, polypiforme, unilabial du col. Complication de l' accouchement. L'Obstétrique, Nr. 4.
Norris, The Management of the Stages of Labor to Prevent Maternal Dystocia. The Amer. Journ. of Obstetr., September.
Call, The Evolution of Modern Maternity Technic. Ebenda.
Esch, Über Luftembolie bei Placenta praevia. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 39.

v. Fellenberg, Ein außergewöhnlicher Fall von sekundärer Gesichtslage bei Armvorfall mit Drehung des Gesichtes nach dem Nacken. Ebenda.
Wiemer, Eine Indikation für den suprasymphysären Kaiserschnitt. Ebenda.
Herz, Ein Fall von vaginalem Kaiserschnitt in der Dachkammer bei partieller Aussackung der vorderen Uteruswand und Stenose der Zervix. Ebenda.
Lederer, Kasuistischer Beitrag zum subkutanen Emphysem bei der Geburt. Der Frauenarzt, Nr. 9.
Luxardo, Contributo allo studio dei leio-mio-fibromi dell'ovaio concomitanti a gravidanza. La Clinica Ostetr., Nr. 17.
Ehrendorfer, Ein Beitrag zur traumatischen Schwangerschaftsruptur des hochgraviden Uterus mit Austritt des ganzen Eies in die Bauchhöhle. Arch. f. Gyn., Bd. 86, H. 2.
Lehmann, Über Symphyseotomie in der Schwangerschaft. Ebenda.
Dienst, Die Pathogenese der Eklampsie und ihre Beziehungen zur normalen Schwangerschaft, zum Hydrops und zur Schwangerschaftsniere. Ebenda.
Lichtenstein, Kritische und experimentelle Studien zur Toxikologie der Plazenta, zugleich ein Beitrag gegen die plazentare Theorie der Eklampsieätiologie. Ebenda.
Pazzi, Le nostre cognizioni alla mola vescicolare ed all' annidazione dell' uovo. La Rass. d' Ostetr. e Gin. Nr. 9.
Costa, L'eclampsia nella gravidanza estra-uterina. Annali di Ost. e Gin. Nr. 7.
Carli, Putrefazione del liquido amniotico. Arch. di Ostetr. e Gin. Nr. 7.
Capaldi, Deviazione sul dorso degli arti superiori del feto nella presentazione di faccia. Ebenda.
Hartmann, Ein Beitrag zur Ätiologie und Therapie der Uterusruptur. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 72, H. 3.
Zangemeister, Experimenteller Beitrag zur operativen Behandlung der akuten puerperalen Peritonitis.
Sellheim, Die Gefahren der natürlichen Geburtsbestrebungen bei Placenta praevia und ihre Verminderung durch den extraperitonealen Uterusschnitt. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 40.
Pfannenstiel, Über die transperitoneale Sectio caesarea mittelst unteren (cervicomesouterinen) Längsschnittes. Deutsche med. Wochenschr. Nr. 40.
Sellheim, Der Einfluß von Asepsis und Infektion auf die Technik der Entbindung durch Schnitt. Ebenda.
Scheffzek, Die Entfernung zurückgebliebener Eihäute mit der Eihautzange. Ebenda.

Aus Grenzgebieten.

Hicks, Pyelitis during Pregnancy. The Pract. Nr. 483.
Boigey, Un cas de gynecomastie. Nouv. Iconogr. de la Salpêtrière. Nr. 3.
Fromme, Über die Unterscheidung der hämolytischen virulenten Streptokokken. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 37.
Hellendall, Zur obligatorischen Credéisierung der Neugeborenen. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXVIII, Nr. 3.
Schubert, Herzlose Mißgeburten. Ebenda.
Liepmann, Über eine neue Schnittführung bei der Sektion gynaekologisch wichtiger Fälle. Virchows Arch., Bd. 193, H. 3.
van Wering, Een geval van dubbelzijdige pyelo-nephritis bij een zwangere. Nederl. Tijdschr. voor Geneesk., Nr. 10.
Gargiulo, Un caso di psicosi operatoria ed uno di delirio operatorio in due isteriche. La Clin. Ostetr., Nr. 16.
Raineri, La capsule surrenali in rapporto alla ovariectomia, all' ovaro-isterectomia, alla isterectomia. Folia Gynaecol., Vol. I, Fasc. 2.
Paramore, Some further considerations on the Supports of the female Pelvic Viscera, in which the Intraabdominal Pressure is still further defined. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp., Sept.
Cameron, Heart Disease and Pregnancy. The Amer. Journ. of Obst., Sept.
Goodall, Molluscum Contagiosum of the Genitals in Husband and Wife and of the face and Neck in their Infant Boy. Ebenda.

Personalien und Notizen.

(Jubiläum.) Der wirkliche Geheimrat Professor Dr. B. S. Schultze in Jena, der hochgeschätzte Mitarbeiter dieser Rundschau, feierte jüngst das 50jährige Professorenjubiläum.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: Dr. Oskar Frankl.

Herausgeber, Eigentümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

// GYNAEKOLOGISCHE RUNDSCHAU.

ZENTRALORGAN
FÜR
GEBURTSHILFE UND FRAUENKRANKHEITEN.

II. Jahrg. 1908. 23. Heft.

Original-Artikel.

Aus der Frauenabteilung (Prof. Lott) und dem patholog. Institut (Prof. Albrecht) der Wiener allg. Poliklinik.

Über das Vorkommen von Plattenepithel bei Pyometra.

Von Dr. **Josef Bondi**, Assistent der Abteilung.

(Mit 2 Figuren.)

Das Vorkommen von Plattenepithel im Uteruskörper wurde zu verschiedenen Zeiten in ganz entgegengesetzter Weise gewürdigt. Von Zeller[1]), der das Auftreten dieser Zellformen bei Endometritis für ungemein häufig hielt, bis auf Hitschmann[2]), der in seiner Karzinomarbeit die Frage in anderem Sinne abgeschlossen zu haben schien, schwanken die Meinungen der Autoren.

Hitschmann hat in seiner groß angelegten Publikation die Literatur bis 1903 besprochen und hat Schlußsätze aufgestellt, die von den nachfolgenden Bearbeitern dieses Themas fast vollständig anerkannt wurden. Er konnte nachweisen, daß mit einer einzigen Ausnahme sämtliche bis dahin publizierten Fälle von Plattenepithelbildung bei Endometritis auf irrtümlicher Beobachtung beruhten und daß Plattenepithel im Uteruskörper mit Ausnahme von Neubildungen (inklusive Polypen) so gut wie gar nicht vorkomme.

Als vollgültig wurde nur die Beobachtung von Friedländer[3]) anerkannt, der im Uterus der Neugeborenen einmal Plattenepithel nachweisen konnte, ein Befund, dem mit Rücksicht auf die Möglichkeit einer Mißbildung keine Wichtigkeit beigemessen wurde.

Die Hitschmannsche Auffassung ist im großen und ganzen auch heute noch zu Recht bestehend, trotzdem in den letzten Jahren mehrfache Beobachtungen bekannt wurden, die einer anderen Auffassung Raum geben könnten.

Zunächst haben die Befunde von R. Meyer[4]), Höhl[5]), Halban[6]) und Nathanson[7]) gezeigt, daß der Befund von Plattenepithel im Uterus von Föten und Neugeborenen keineswegs vereinzelt dasteht. Die vorläufige Mitteilung von Bjorkenhain[8])*, der nach einer neuen Methode in verschiedenen Lebensaltern Metaplasien nachweisen zu können glaubte, ist bisher weder durch die versprochene ausführliche

---

* Aus der inzwischen erschienenen ausführlichen Arbeit von Bjorkenhain (Anatom. Hefte, 35) entnehme ich, daß er bei einer an Septikämie verstorbenen Greisin in der Nähe des inneren Muttermundes ein zwei- bis dreischichtiges Plattenepithel mit Verhornung beobachtete. Eine Erklärung dieses Befundes, der mit den unserigen nur entfernte Ähnlichkeit hat, gibt Bjorkenhain nicht. Es ist dies der einzige Fall von geschichtetem Plattenepithel im Uterus, den Bjorkenhain bei seinen eingehenden Untersuchungen an großem Material finden konnte.

Mitteilung noch durch andere Autoren bestätigt worden. Wir können also im Hinblick auf die widersprechenden Angaben aller anderen Autoren diese Angaben vorläufig nicht berücksichtigen.

Dagegen werden die Beobachtungen über den Ersatz des Zylinderepithels durch Plattenepithel in anderen Organen immer häufiger. Bekannt sind die hierher gehörigen Angaben über Zellumwandlungen bei Urethralstriktur oder in der Gallenblase bei behindertem Gallenabfluß; in jüngster Zeit kommt dazu eine ähnliche Beobachtung in den Bronchien bei Bronchopneumonie (Mc Kenzin[10]), nach Ansicht des Autors hervorgerufen durch den gestauten Exsudatinhalt.

Nach diesen Angaben war es auffallend, daß gerade beim Genitale, wo entzündliche Veränderungen und Sekretstauungen so häufig sind, das Auftreten von Pflasterepithel nur bei Neubildungen beobachtet wurde. Hitschmann weist in seiner Arbeit auf die Beziehungen der Pyometra zur Epitheliombildung im Uteruskörper hin, konnte aber Metaplasien ohne Tumorbildungen nie auffinden. Hitschmanns Standpunkt hat nur insofern eine Bekämpfung gefunden, als das Plattenepithel nicht mehr unbedingt als metaplasmatisch aufgefaßt wird. Speziell Höhl weist darauf hin, daß das Plattenepithel sich möglicherweise aus einem fötalen Epithel entwickeln kann, das abnormerweise persistiert.

In allerjüngster Zeit lieferte Berke[9]) einen neuen Beitrag zu dieser Frage. Es handelte sich in seinem Falle um weitgehende Metaplasien in einer elongierten Cervix uteri bei Prolaps, ein Befund, der dem von Veit als Epidermisierung der Zervix bei Prolaps beschriebenen nahe steht und dem niemals dieselbe Dignität zugeschrieben wurde wie den Metaplasien des Uteruskörpers.

Ich hatte nun Gelegenheit, in kurzem Zwischenraum zwei Fälle von Pyometra lateralis zu beobachten und konnte in beiden ausgedehnte Metaplasien nachweisen.

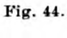
I. Fall. P. F., 24 Jahre alt, ledige Bedienerin, aufgenommen am 25. Februar 1907. Bei der früher gesunden, kräftigen Frau waren die Menses immer regelmäßig aufgetreten, manchmal mit geringen Schmerzen auf der rechten Seite verbunden. Seit zirka 3 Monaten ist die Periode sehr profus, dauert 8 Tage und sind die Schmerzempfindungen im Kreuz und rechts weitaus heftiger als früher. Die letzte Periode hat am 20. Februar aufgehört. In der Zeit zwischen zwei Perioden fühlt sie sich ziemlich wohl; doch ist sie in den letzten Monaten stark abgemagert. Ausfluß wurde nie bemerkt, ebensowenig Urinbeschwerden. Die Allgemeinuntersuchung ergibt normale Verhältnisse. Gynaekologischer Befund: Scheide ziemlich weit. nirgends Andeutung von Septumbildung. Während der Untersuchung kommt aus der Scheide ziemlich reichliche, höchst übelriechende, dünne Flüssigkeit. Portio sehr klein, kaum als Zapfen nachweisbar, nach links gedrängt und zum Teil konsumiert durch einen prall elastischen fluktuierenden Tumor, der rechts neben der Portio die Scheide etwas vorwölbt, zirka faustgroß ist und sich nach rechts und aufwärts hin fortsetzt. Mit einiger Mühe ist auch der Uteruskörper herauszutasten, der normal groß und retrovertiert ist und sich leicht aufrichten läßt. Man erkennt, daß der Tumor mit der Cervix uteri innig zusammenhängt, während sich der Uteruskörper vollkommen isolieren läßt.

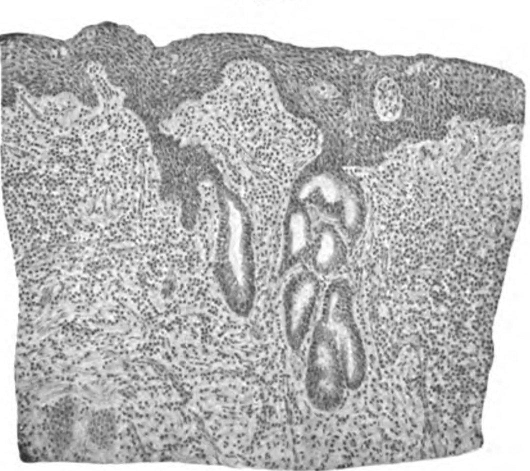
Mit dem Spekulum sieht man das grübchenförmige, längsgestellte Orificium externum. aus dem sich bei Druck auf den Tumor die oben beschriebene Flüssigkeit entleert. (Die Angabe, daß früher nie ein Ausfluß bemerkt wurde, läßt annehmen, daß der Durchbruch in die Zervix während der Untersuchung erfolgt ist; ein so übelriechendes Sekret hätte nicht einmal kurze Zeit unbemerkt bleiben können.)

Bei der unklaren Anamnese war die Deutung des Falles schwierig. Die freie Beweglichkeit und geringe Empfindlichkeit ließ allerdings Abszedierungen des Parametriums oder der Adnexe mit Durchbruch in den Uterus ausschließen. Die Diagnose schwankte zwischen Pyometra lateralis und vereiterter Parazervikalzyste.

Bezüglich des therapeutischen Vorgehens entschlossen wir uns zunächst, auf die Exstirpation des Tumors zu verzichten, da es gewiß schien, daß diese ohne Opferung des Uterus nicht möglich sei. Wir beschlossen, den Hohlraum breit von der Scheide aus zu eröffnen, um der Flüssigkeit den Abfluß zu sichern.

Am 2. März wird der untere Pol des Tumors knapp neben der Portio inzidiert, wobei sich viel stinkender Eiter entleert, der mit zahlreichen dichteren Flocken untermischt war. Es wird der ganze sich in die Scheide vorwölbende Anteil mit der Schere abgekappt. Der bequem für zwei Finger durchgängige Hohlraum wird nun ausgetastet; es zeigt sich, daß der Tumor mit der Zervix innig verwachsen ist, sich dagegen selbständig frei nach vorn und rückwärts bewegen läßt. Die Innenfläche ist vollkommen glatt; rechts läßt sich ein ovoider Körper tasten, der dem rechten Ovar entsprechen dürfte. Es wird nun unter Leitung des im Hohlraum befindlichen Fingers ein kleiner, scharfer Löffel eingeführt und von der obersten Kuppe des Hohlraumes kleine Gewebspartikel entfernt. Hierauf Spülung mit Lysoformlösung, Umsäumung der Wundfläche durch Naht, Tamponade. Die Austastung hatte die Diagnose einer atretischen Doppelbildung ergeben, die auch durch den mikroskopischen Befund bestätigt wurde. Der weitere Verlauf rechtfertigte die eingeschlagene Therapie. Patientin blieb beschwerdefrei. Nach 3 Tagen Entfernung des Tampons, Ausspülung mit Lysoformlösung.





Schnitt durch die Zervixschleimhaut; oberflächlich Plattenepithel, in der Mitte zwei Zervixdrüsen, die eine zur Hälfte in solide Epithelzapfen umgewandelt.

Am 9. März Entlassung mit folgendem Befund: Scheide sehr weit, Portio klein, zapfenförmig, etwas nach links verlagert; rechts neben der Portio besteht eine zirka fingerweite Öffnung, die sich nach oben hin rasch verjüngt. Bei der bimanuellen Untersuchung findet man, daß der Portio ein normal großer, anteflektierter, sinistrovertierter Uterus entspricht; rechts davon befindet sich ein ebensolcher, etwas größerer Körper, der mit der Zervix innig zusammenhängt, in seinen oberen Anteilen jedoch frei beweglich ist.

Ich sah Patientin zuletzt am 24. Jänner 1908. Sie fühlte sich vollkommen wohl. Der Befund ist ähnlich dem zuletzt erhobenen; die beiden Uteri sind ungefähr gleich groß.

Mikroskopischer Befund: *a)* An dem vom unteren Pol des Tumors abgetragenen Stück finden wir nach außen hin Scheidenschleimhaut, die sich nur wenig von der normalen unterscheidet. Die Papillen erscheinen infolge der Dehnung etwas niedriger, das Bindegewebe gefäßreicher. In der Tiefe, ungefähr die Mitte des Schnittes einnehmend, sehen wir zahlreiche Muskelbündel, welche keine zusammenhängende Masse bilden, sondern durch zahlreiche Bindegewebsbündel auseinander gehalten werden. Nach innen, dem Lumen unseres Hohlraumes zu, findet sich eine Zone, welche aus jungem Bindegewebe besteht, sich durch großen Reichtum an Kapillaren auszeichnet und an einzelnen Stellen leukozytäre Infiltrate enthält. Die Innenfläche (vgl. Fig. 44) ist von einem geschichteten Pflasterepithel ausgekleidet, welches nur mangelhafte Papillenbildung aufweist und sich vom Vaginalepithel dadurch unterscheidet, daß die obersten verhornenden Lagen zum großen Teil durch stark gequollene, große Vakuolen enthaltende polygonale Zellen ersetzt sind. In der Mitte des Präparates senkt sich das Epithel in die Tiefe, um in zwei typisch ausgebildete, etwas dilatierte Zervixdrüsen überzugehen. An einer anderen Stelle treibt das Epithel einen soliden Zapfen in die Tiefe, dessen Zellen

sich von normalen Plattenepithelzellen nicht unterscheiden. An einem zweiten Schnitt waren die Verhältnisse dieselben. Wir finden hier eine größere Anzahl von Zervixdrüsen. Auch läßt sich die Entstehung eines soliden Epithelzapfens gut verfolgen. Wir sehen an einer Stelle einen aus Plattenepithelien bestehenden Zapfen, der ungefähr der Hälfte der Höhe eines Drüsenganges entspricht und sich dann in ein Drüsenlumen fortsetzt, das von regelmäßigen, schleimproduzierenden Zylinderepithelien ausgekleidet ist. Das scheinbare Tiefenwachstum des Epithels wird also durch Metaplasie von Drüsen vorgetäuscht.

b) An den mit dem scharfen Löffel entfernten Partien sehen wir wechselnde Bilder. Die auf den Schnitten getroffene Oberflächenbekleidung wird meist von einem vielschichtigen Plattenepithel gebildet, das dem an der Zervix beschriebenen gleicht, teilweise auch in den oberflächlichen Partien beginnende Verhornung zeigt. Dieses geht an einigen Stellen über in ein einreihiges Zylinderepithel, das typische Uterindrüsen bildet. Von dem Plattenepithel setzen sich solide Stränge in das Bindegewebe fort, welche mit benachbarten derartigen Strängen in Verbindung treten und so stellenweise ein Netzwerk von Plattenepithelbalken bilden, welche das Bindegewebe durchsetzen. In den tieferen Schichten gehen diese Zapfen in Lumina über, welche von niedrigen protoplasmaarmen Zylinderzellen ausgekleidet sind, unter welchen mehrere Lagen von Plattenepithelien lagern. An einigen Stellen treffen wir auch normale Drüsenquerschnitte. Dabei ist zu bemerken, daß wir an manchen Stellen Drüsen finden, die durchaus Zervixdrüsen gleichen; auch die wahren Korpusdrüsen zeigen nicht immer das typische Epithel, indem die Zellen mehr gequollen erscheinen, und die Kerne oft an den Grund gedrängt sind.

II. Fall. R. W., 23 Jahre alt, aus Zmigrod in Galizien, entstammt gesunder Familie und war immer gesund. Sie wurde vor 10 Jahren zum ersten Male menstruiert. Die ersten vier Jahre war die Periode ganz schmerzlos, sehr profus, von sechstägiger Dauer. Seit 6 Jahren traten bei jeder Periode heftige Schmerzen auf, die im ganzen Bauch lokalisiert wurden; die Schmerzen werden als stechend, nicht als kolikartig geschildert. Seit 6 Monaten besteht beständiger dünnflüssiger Ausfluß; das Sekret war anfangs wässerig, später eitrig. Es hatte einen faden, nicht fauligen Geruch. Seit dem Bestehen des Ausflusses geringere Schmerzen bei der Periode.

Gynaekologischer Befund: Hymen stark gedehnt. Durch denselben wölbt sich anscheinend die gerötete und geschwellte vordere Vaginalwand vor, so daß das Bild einer Zystokele vorgetäuscht wird. Beim Eingehen mit dem Finger erkennt man, daß die Scheide durch einen zystischen Tumor verengt und nach links gedrängt wird. Bimanuell findet man einen über kindskopfgroßen Tumor, der aus dem kleinen Becken aufsteigt und bis zirka 3 Finger unter den Nabel reicht, sich andrerseits rechts und vor der Scheide bis an die Vulva erstreckt. Man fühlt deutliche Fluktuation und bemerkt, daß sich der Tumor während der Untersuchung verkleinert, wobei dünner Eiter aus der Scheide abgeht. Man erreicht jetzt links vom Tumor die kleine Portio, die sich in einen vollkommen normalen Uterus fortsetzt, dessen zervikaler Anteil ebenso wie die Scheide mit dem Tumor innig verwachsen ist.

Es gelingt mit großer Mühe, die Portio einzustellen und man erkennt, daß sich bei Druck auf den Tumor dessen Inhalt aus der Portio ergießt, woraus sich mit Rücksicht auf den Tastbefund eine Kommunikation der Zervikalhöhle mit dem Zystenraum erschließen läßt.

In Berücksichtigung der Anamnese und des Befundes war es klar, daß es sich hier um eine vollkommene Doppelbildung des Uterus und der Scheide mit Atresie der letzteren handelte, also um Pyometra et Pyocolpos lateralis. Es hatte, wie in einigen der beschriebenen Fälle, in die zweite Zervix ein Durchbruch stattgefunden, der jedoch den gestauten Sekreten nicht genügenden Abfluß gewährte.

2. April Narkose; Inzision in den vorliegenden rechten Scheidenanteil, Spaltung des Septums bis zur Portio, Entfernung eines zirka 2 *cm* breiten Streifens aus dem Septum. Naht der Wundränder.

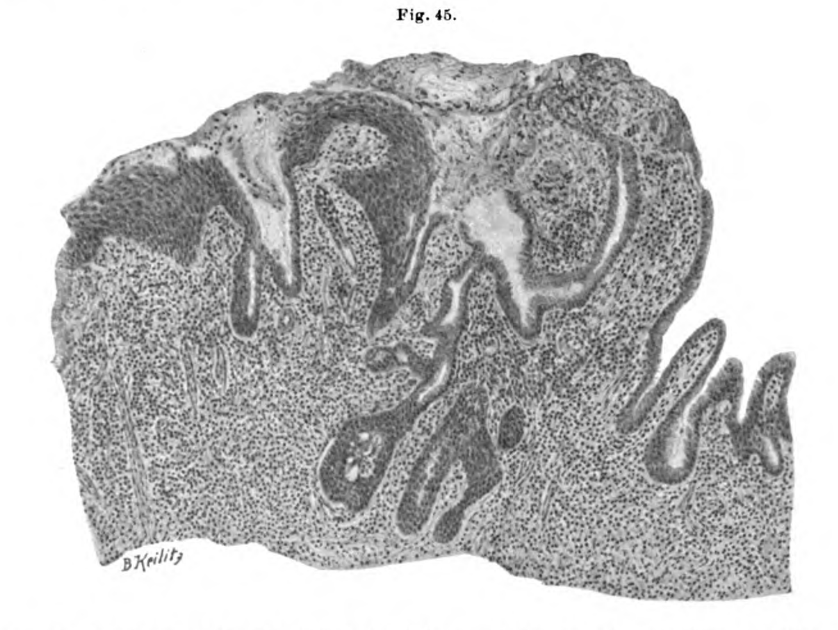
Die rechte Uterushälfte ist nach der Entleerung zirka orangegroß und bequem für zwei Finger zugänglich. Die Austastung ergibt eine vollständig glattwandige Höhle, in deren

unterem Anteil ein breiter, nach oben sich unregelmäßig begrenzender Wulst (Zervix) vorspringt. Rechts tastet man deutlich das Ovarium nach außen von dem Hohlraum. Es wird nun auf dem eingeführten Finger ein schmaler scharfer Löffel bis in den Fundus vorgeschoben und einige Gewebsstücke aus dem Fundus entfernt. (Das Curettement wurde nur in Rücksicht auf den Befund im früheren Falle ausgeführt.) Ausspülung, Tamponade.

Der weitere Verlauf war ein normaler; Patientin wurde am 30. April beschwerdefrei entlassen.

Befund am 15. Mai 1907: Scheide weit, vorn und hinten Andeutung eines Septums, links normale Portio und Uterus; rechts Portio plump, Zervix geschlossen, Uterus von der Größe einer zirka zweiwöchentlichen Gravidität, hart. Da Patientin in ihre Heimat reiste, konnte ein weiterer Befund nicht aufgenommen werden. Am 31. Jänner 1908 erhielt ich brieflichen Bericht, daß sich Patientin vollkommen wohl fühle.

Fig. 45.



Korpusschleimhaut; an der Oberfläche rechts Zylinderepithel, links und in der Mitte geschichtetes Pflasterepithel, darunter Granulationsgewebe; in dieses hineinragend, mehr nach links, mehrere ganz oder teilweise metaplasierte Drüsen.

Mikroskopischer Befund: *a)* An dem exzidierten Stück des Septums sehen wir entsprechend der gesunden Seite vollkommen normale Verhältnisse. Die Wandung der atretischen Scheide zeigt hochgradige entzündliche Veränderungen und reichliche Vaskularisation. Die epitheliale Bekleidung fehlt stellenweise ganz und ist anderenorts normal oder nur insoweit verändert, als die obersten Schichten fehlen.

b) An einem längeren Gewebsstreifen aus dem Fundus des verschlossenen Uterus, der auf dem Schnitt senkrecht getroffen ist, sehen wir das Oberflächenepithel vollkommen erhalten. Dasselbe bietet ein ungemein wechselndes Bild. Die oberflächliche Decke (vgl. Fig. 45) wird zum großen Teil von einem mehrschichtigen Pflasterepithel gebildet, dessen tiefere Schichten denen des Scheidenepithels gleichen. Die obersten Schichten sind nur zum Teil unverändert erhalten und zeigen hie und da beginnende Verhornung; stellenweise fehlen sie ganz, anderwärts erscheinen sie stark gequollen und enthalten größere und kleinere Vakuolen.

An zahlreichen Stellen finden wir das unveränderte einreihige Zylinderepithel des Uteruskörpers; häufig zeigen auch die Zylinderzellen auffällige Veränderungen; sie sind stark ge-

quollen, nehmen kubische und Kolbenform an, oft sind sie büschelartig aneinandergehäuft; manchmal nehmen sie ganz den Charakter des Zervikalepithels an. Die Zellgrenzen sind nicht immer erhalten. Der Übergang der beiden Epithelarten ist oft ziemlich unvermittelt, meist ein allmählicher; in diesen Fällen erscheint ein mehrschichtiges Epithel, dessen oberste Reihe aus Zylinderepithel besteht, während die tieferen Lagen aus Plattenepithelien bestehen; man hat den Eindruck, als ob das Plattenepithel unter dem Zylinderepithel weiterkrieche.

Die Drüsenbildung ist nicht so zahlreich wie in der Norm, was zum Teil wohl auf die starke Dehnung der Uteruswand zu schieben ist. Das Epithel derselben verhält sich so wie im früheren Fall; das Plattenepithel bekleidet die Drüse zur Gänze oder zu kleineren und größeren Teilen; im ersteren Fall ähnelt das Bild sehr dem mancher Korpuskrebse; doch schützt der ziemlich regelmäßige Bau der Zellen sowie der Mangel atypischer Kernbildungen vor Verwechslungen. Stellenweise finden wir auch die Plattenepithelbildung am Grund der Drüsen, während wir das Uteruslumen zu den normalen Bau vorfinden. Unter dem Epithel liegt allenthalben jüngeres und älteres Granulationsgewebe.

An anderen Gewebsstücken ist der Entzündungsvorgang im Stroma ein weit höherer. An diesen Stellen fehlt das Epithel zum Teil vollkommen oder ist nur sehr unvollkommen und unregelmäßig ausgebildet. So finden wir die Oberfläche der hochgradig infiltrierten Schleimhaut bedeckt mit großen kubischen, anscheinend stark gequollenen Zellen, welche in einer oder auch mehreren Reihen liegen; anderwärts sehen wir flache, stark mit Eosin gefärbte Zellbänder mit fehlenden Zellgrenzen, welche stellenweise auch eine doppelte Schichtung zeigen. In der Nähe solcher Bilder treffen wir dann wieder auf vollkommen ausgebildetes Pflasterepithel mit vorgeschrittener Verhornung. Die Verhältnisse der Drüsen sind ebenso wie in den oben erwähnten Gewebsstreifen; nur scheint in den mehr infiltrierten Teilen die Anzahl der Drüsen eine geringere. An aus der Zervix entfernten Stücken bestehen ähnliche Verhältnisse.

Überblicken wir die beschriebenen Befunde, so sehen wir in zwei Fällen von Pyometra lateralis eine ausgedehnte Plattenepithelbildung im Uteruskörper und in der Zervix. Dieselben finden sich zum Teil auf größeren Strecken in kontinuierlichem Belage, zum Teil in stetem Wechsel mit dem Zylinderepithel. Das Plattenepithel zeigt öfters die Form des typischen Scheidenepithels; manchmal scheinen die obersten Schichten zu fehlen, oder sie sind stark gequollen und enthalten größere und kleinere Vakuolen, anderwärts besteht ausgesprochene Verhornung. Zwischen beiden Epithelarten bestehen häufig Übergänge, am meisten in der Art, daß wir unter dem unveränderten Zylinderepithel mehrere Schichten von Plattenepithel finden. An den lebhaft entzündeten Stellen fehlt ein Epithel entweder vollständig oder es zeigen sich unregelmäßige Zellformen, welche wohl als Beginn der Regeneration, als Vorstufe des Plattenepithels angesehen werden können.

An den Veränderungen des Epithels beteiligen sich in hohen Graden auch die Drüsen, und zwar in gleicher Weise in der Zervix und im Uteruskörper, weshalb sie in einem besprochen werden mögen.

Die Epidermisierung der Drüsen beginnt in der Weise, daß sich von der uterinen Innenfläche aus das Plattenepithel zwischen das Zylinderepithel und das Bindegewebe einschiebt. Die eingeschobene Zone nimmt, nach der Tiefe vordringend, immer größere Strecken ein, verbreitert sich durch Zunahme der Zellagen, so daß dann die Zylinderzellen nur ein ganz schmales, spaltförmiges Lumen begrenzen. Bei weiterer Vermehrung der flachen Zellen schwindet schließlich das Lumen und endlich auch die Zylinderzellen, so daß wir einen soliden Epithelzapfen vor uns haben. Ein andermal beginnt die Epidermisierung nicht im ganzen Umkreis der Drüsenmündung, sondern von der Seite aus; bei weiterem Vordringen erscheint dann das Drüsenlumen auf einer Seite von normalen Zylinderzellen, auf der anderen von Plattenepithel begrenzt. Auf diese

Art sind auch die Fälle zu erklären, wo wir am Grunde eines normalen Drüsendurchschnittes einen Plattenepithelzapfen vorfinden.

In der Zervix entstehen auf diese Art zahlreiche dendritisch verzweigte solide Epithelstränge; vielfach erinnert auch das Bild in der Zervix an das, welches wir häufig bei ausgeheilten Erosionen zu sehen gewohnt sind. Es sei übrigens bemerkt, daß die Grenze zwischen Zervix- und Korpusepithel sowie auch der Drüsen in unseren Fällen keine scharfe ist, ein Vorkommen bei Pyometra, auf das Hitschmann aufmerksam gemacht hat.

Es sei auch bemerkt, daß bei den Drüsen die oben geschilderten Übergänge, die sich durch Unterschieben des Epithels charakterisieren, die Regel bilden. Bei dem Oberflächenepithel finden wir vielfach auch unvermittelte Übergänge der beiden Epithelarten ohne die genannten Formen der Unterschiebung. Der Unterschied erklärt sich dadurch, daß die Epidermisierung der Drüsen stets durch Weiterkriechen des veränderten Oberflächenepithels gebildet wird, während letzteres größtenteils primär an Stelle des verloren gegangenen Zylinderepithels, vielleicht durch Vermittlung der obgenannten unvollständigen Zellformen, entsteht.

Die Deutung unserer Befunde bot nun gewisse Schwierigkeiten. Nach Hitschmann sind Metaplasien im Uterusepithel mit Ausnahme von Neubildungen so gut wie ausgeschlossen. Für den Uterus der Erwachsenen lag keine beglaubigte Beobachtung vor, die die Annahme gutartiger Metaplasien rechtfertigte. Dabei boten die histologischen Bilder — die soliden Epithelzapfen in dem hochgradig entzündeten Gewebe — große Ähnlichkeit mit Krebsbildern. Auch das Vorkommen von Verhornung schien dafür zu sprechen.

Andrerseits handelte es sich jedoch um ganz junge Individuen, deren Anamnese nichts für Karzinom Verdächtiges ergab; im klinischen Bild fehlte dafür jeder Anhaltspunkt. Zu dem histologischen Bilde der Malignität fehlten gewisse Atypien, wie abnorme Karyokinesen, lebhafte Zellproliferation, Krebsperlen, selbständiges Tiefenwachstum der Epithelzellen.

Zur Sicherung der Diagnose machten wir in beiden Fällen ein zweites Probecurettement nach 2—3 Wochen, das dieselben Bilder wie das erste zeigte. Außerdem hielten wir die Patienten in Evidenz und konnten in beiden Fällen keine abnormen Verhältnisse mehr feststellen. Wir hatten also den sicheren Beweis für unsere Diagnose, daß es sich um gutartige Veränderungen handelte.

Es wirft sich nun die Frage auf, wie wir das Plattenepithel in unseren Fällen erklären sollen. Die Tatsache, daß bei Neugeborenen öfters Plattenepithel im Uteruskörper gefunden wurde, kann kaum herangezogen werden, da diese Abnormität nach der Anschauung sämtlicher Autoren rasch schwindet und bei der Erwachsenen bisher nicht beobachtet wurde. Man könnte auch daran denken, daß in unseren Fällen, die doch gewissermaßen Mißbildungen darstellen, eine Mißbildung der Epitheldecke vorliege. Dagegen läßt sich einwenden, daß bei der großen Anzahl von Mißbildungen der Genitalien noch nie Unregelmäßigkeiten des Epithels beschrieben wurden. Außerdem sprechen aber sowohl gegen die letztere als auch gegen die erste Annahme die zahlreichen Übergangsbilder, die wir besonders im zweiten Fall feststellen konnten, sowie die Zellformen, die wir als Vorstufen des Plattenepithels bezeichnen müssen, das nach dem Zugrundegehen des ursprünglichen Epithels die entzündete Schleimhaut überdeckt.

Weit eher könnte man daran denken, daß es sich hier um ein Weiterkriechen des Scheidenepithels auf der Uterusschleimhaut handle, was insbesondere für unseren

zweiten Fall, in dem Vagina und Uterus eine gemeinsame Höhle bildeten, sehr plausibel wäre. Die Tatsache, daß wir in unseren Bildern einen häufigen Wechsel der beiden Epithelarten finden, kann nicht als vollgültiger Einwand gegen diese Auffassung angenommen werden, da wir ja bei der Art unseres Materiales nicht über Serienschnitte verfügen konnten und es immerhin möglich wäre, daß die verschiedenen Inseln von Plattenepithel miteinander zusammenhängen und nur Reste von Zylinderepithel zwischen sich schlössen. Allerdings wäre es bei dieser Annahme auffallend, daß bei dem viele Jahre dauernden Prozeß die Epidermisierung nicht schon vollendet sei und mit dem Zugrundegehen des Zylinder- und Drüsenepithels geendet habe. Auch scheint an anderen Organen ein derartiger Vorgang selten zu sein. Wenn also auch diese Annahme nicht ganz von der Hand zu weisen ist, so hat sie doch wenig Wahrscheinlichkeit für sich.

Es scheint mir daher wahrscheinlicher, das Auftreten des Plattenepithels in unseren Fällen mit der bestehenden Pyometra in Zusammenhang zu bringen. Wir wissen, daß in anderen Organen Metaplasien des Zylinderepithels häufig beobachtet werden, insbesondere oberhalb stenosierter Stellen, so in der Harnröhre, im Ureter, in der Gallenblase etc. Und gerade einer der jüngeren Beobachter, Mc Kenzin (10), erklärt das Auftreten von Plattenepithel bei Bronchopneumonien durch den Reiz des Inhaltsdruckes der im Bronchus angehäuften Exsudatmassen. Daß in unseren Fällen ein ähnlicher Reiz von in einem Hohlraum gestauten Inhaltsmassen stattfindet, ist leicht verständlich, und wir möchten daher die Pyometra als Ursache der Epithelveränderung ansprechen. Auch das Auftreten des Granulationsgewebes und jungen gefäßreichen Bindegewebes in der Schleimhaut vervollständigt die Analogien mit den von Mc Kenzin u. a. geschilderten Fällen. Wir möchten übrigens erwähnen, daß auch Hitschmann der Pyometra für das Auftreten des Plattenepithelkarzinoms im Uteruskörper eine ätiologische Rolle zuschreibt.

Auffallend ist allerdings, daß bisher außer bei Karzinomen niemals bei Pyometra Plattenepithelbildung gefunden wurde, und speziell Rheinstädter und Landau (11) erwähnen ausdrücklich, daß sie histologische Abnormitäten bei Pyometra lateralis nicht beobachten konnten. In den meisten Fällen von Pyometra senilis und auch lateralis fehlt überhaupt großenteils das Oberflächenepithel. Zur Erklärung des Befundes in unseren Fällen mag herangezogen werden, daß die Pyometra nach längerem Bestande in die Zervix durchbrach. Es mag also ein großer Theil des Epithels zuerst zugrunde gegangen sein und bei der Verminderung des Inhaltsdruckes nach dem Durchbruch eine Regeneration des Epithels, zum Teil als Plattenepithel, stattgefunden haben.

Bei dieser Auffassung würde es sich demnach um echte Metaplasien handeln, nämlich um den Ersatz eines spezifischen Epithels durch ein anderes [Fütter (12)]. Allerdings sagt Höhl, scheinbar mit vollem Recht, daß nach dem Nachweis des Plattenepithels im kindlichen Uterus mit Sicherheit von Metaplasien nicht mehr gesprochen werden könne. Dagegen sprechen die oben angeführten Momente, insbesondere die Übergangsbilder im histologischen Bild entschieden für unsere Annahme. Insbesondere wäre es aber schwer zu verstehen, warum gerade das Uterusepithel niemals imstande sein sollte, Metaplasien zu bilden, die in anderen Organen unter gleichen Umständen so häufig sind, um so mehr, als das Epithel des Müllerschen Ganges auch unter normalen Verhältnissen Plattenepithel bildet.

Es wäre nun die Frage, ob unsere Befunde die bisher insbesondere durch Hitschmann dem Plattenepithel im Uteruskörper zugeschriebene Bedeutung alterieren. Unsere Fälle liefern den Beweis, daß bei Pyometra Plattenepithelbildungen ohne Karzinom

vorkommen. Es ist aber sehr wahrscheinlich, daß diese Bildungen bei der Pyometra der alten Frauen häufig zur malignen Degeneration neigen. Dafür spricht vor allem die Tatsache, daß bisher das Plattenepithel nur bei ausgesprochen maligner Degeneration gefunden wurde, sowie der Umstand, daß die geschilderten Metaplasien dem histologischen Bild des Karzinoms außerordentlich nahestehen.

Es wäre noch zu untersuchen, ob wir bezüglich mancher in der Literatur niedergelegter Fälle die bisherige Auffassung ändern sollen. Es kämen dafür meiner Meinung nach nur in Betracht die von Kraus (13) und Benkiser (14) beschriebenen Fälle von diffusem, oberflächlichem Karzinom der Korpusschleimhaut. Denn die besonders von Kraus ausführlicher für die Krebsdiagnose herangezogenen Atypien finden sich in ganz ähnlicher Weise auch in unseren Fällen und haben nichts für Karzinom Charakteristisches. Nachdem jedoch diese Fälle ausnahmslos nur bei gleichzeitigem, ausgesprochenem Zervixkarzinom beobachtet wurden, ist die Deutung der gleichzeitigen Korpusaffektion ziemlich gleichgültig. Dasselbe gilt für manche Befunde von Schauenstein (15), dessen Beschreibungen sich oft vollkommen mit den unseren decken; doch fanden sich in diesen Fällen stets auch Stellen mit ausgesprochenem Tiefenwachstum, die die Krebsdiagnose sicherten. Auch ein Fall von Sitzenfrey (16) ist so aufzufassen. Rosthorns (17) Fall wird von Hitschmann als Karzinom aufgefaßt.

Durch unsere Befunde ist jedenfalls festgestellt, daß bei Pyometra ausgedehnte Plattenepithelbildungen ohne Malignität vorkommen, so daß bei der Deutung analoger Befunde bei Pyometra große Vorsicht am Platze ist.

Literatur: 1. Zeller, Zeitschr. f. Gyn. u. Gebh., 1885, Bd. XI. — 2. Hitschmann, Archiv f. Gyn., Bd. LXIX. — 3. Friedländer, Zeitschr. f. Gyn., Bd. XXIV. — 4. R. Meyer, Zeitschr. f. Gyn., Bd. XXXVIII. — 5. Höhl, Monatsschr. f. Gyn., Bd. XIII. — 6. Halban, zitiert bei Nathanson. — 7. Nathanson, Monatsschr. f. Gyn., Bd. XXXV. — 8. Bjorkenhain, Anat. Anzeiger, 1906. — 9. Berke, Zeitschr. f. Gyn., LXI. — 10. Mc Kenzin, Virchows Archiv, CXC, 2. — 11. Rheinstädter u. Landau. — 12. Fütter, Lubarsch, Ostertag, Ergebnisse, IX, 2. — 13. Kraus, Zeitschr. f. Gyn., Bd. LIV. — 14. Benkiser, Zeitschr. f. Gyn., Bd. XXII. — 15. Schauenstein, Gyn. Rundschau, I. — 16. Sitzenfrey, Zeitschr. f. Gyn., Bd. LIX. — 17. Rosthorn, Festschr. d. Gesellsch. f. Gyn., 1894, p. 320.

Über einige fehlerhafte Verwachsungen in der Vagina und im Introitus vaginae.

Von Direktor Dr. **Rissmann** (Osnabrück).

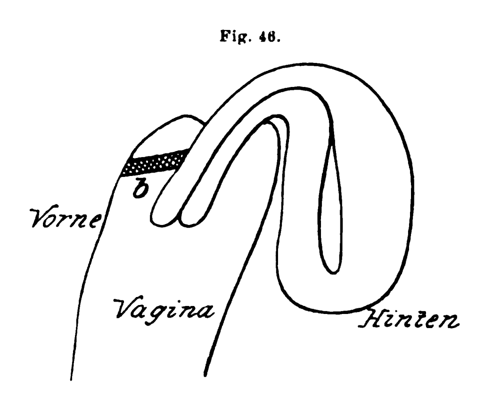
(Mit 2 Figuren.)

a) Im Puerperium entstandene Verwachsungen (Coagmentatio puerperalis portionis cum fornice).

Wohl jeder Arzt mit ausgedehnterer geburtshilflicher Praxis wird gelegentlich im Spätwochenbette Verwachsungen des Scheidenteiles der Gebärmutter mit dem Scheidengewölbe beobachtet haben. Ohne genauere Notizen über meine diesbezüglichen Beobachtungen zu besitzen, glaube ich hierher gehörige Fälle wohl ein dutzendmal gesehen zu haben. Die Ätiologie dieser Verwachsungen ist natürlich darin zu suchen, daß Wunden, die durch die Geburt entstanden sind und einerseits am Scheidenteile, andrerseits im Scheidengewölbe sitzen, Gelegenheit fanden, sich anein-

anderzulegen und schließlich zu verkleben. Die Narbe wird später durch andauernden Zug so gedehnt, daß eine bandartige Verbindung, ein falsches Ligament, zwischen Portio und Fornix entsteht. Eine Prophylaxe ist deshalb auch möglich, indem man die Frauen im Wochenbette nicht längere Zeit eine bestimmte Lage, also wohl meist die Rückenlage, innehalten läßt, wenn man nicht das frühzeitige Aufstehen akzeptieren will. Ich habe wenigstens die letzten Jahre in der Anstalt solche Verwachsungen nicht mehr beobachtet. Die Bedeutung dieser meist links sitzenden Bänder ist im allgemeinen gering, vorausgesetzt, daß sie rechtzeitig entdeckt und stumpf oder mittelst Schere durchtrennt werden. Eine erneute Verwachsung wird am einfachsten durch Einlegen eines mit Jodoform oder Dermatol bestreuten Tampons verhindert. Es gibt aber noch immer Ärzte, die selbst bei bedrohlichen Zeichen eine vaginale Untersuchung im Spätwochenbette für unnötig oder gar für gefährlich halten. Werden aber die Verwachsungen nicht entdeckt und infolgedessen nicht durchtrennt, so können Lageabweichungen der Gebärmutter nach hinten und infolgedessen dauernder Nachteil für die Patientin entstehen.

Fig. 46.



Schematischer Sagittalschnitt des Falles 2.

Die gebräuchlichen Lehr- und Handbücher erwähnen zwar von diesen Vorkommnissen ungemein wenig. Will man überhaupt Andeutungen auf diese Zustände finden, so muß man nach meiner Literaturkenntnis auf die grundlegenden Arbeiten von B. S. Schultze zurückgehen. Im Archiv f. Gyn., Bd. 4 und in „Pathologie und Therapie der Lageveränderungen“ wird darauf hingewiesen, daß die „Fixation des Zervix an der vorderen Beckenwand Retroversionen und -flexionen bedingen könne“. In den Verhandlungen der Deutschen Gesellschaft für Gynaekologie, 1897 zählt Schultze die Gründe für die Fixation der Zervix auf, und zwar:

a) Narben von Parametr. ant.,

b) Narben von hohen Zervixrissen, von nicht aseptischer bilateraler Diszission oder anderen Operationen an der Portio,

c) Narben von gangränösen Substanzverlusten nach vorn von der Cervix uteri.

Verwachsungen der Portio mit dem Scheidengewölbe im Wochenbette werden aber nicht erwähnt, und das veranlaßt mich, auf die eventuellen Nachteile hinzuweisen und zwei Fälle, die ich merkwürdigerweise innerhalb von zwei Wochen sah, bekanntzugeben.

Eine 36jährige Frau P. hatte ihre letzte Geburt vor 7 Jahren gehabt. Seit einiger Zeit Schmerzen in der linken Seite des Unterleibes, die im letzten halben Jahre stärker wurden. Ein hiesiger Arzt hatte die nach hinten liegende Gebärmutter nicht aufrichten können und dabei eine „Verwachsung in der Scheide“ gefunden.

Befund: Die linke Seite der Portio ist mit dem linken Scheidengewölbe durch einen dicken Strang verbunden, der Uterus liegt mit seinem Fundus nach rechts und hinten. Die Aufrichtung ohne Narkose gelingt nicht.

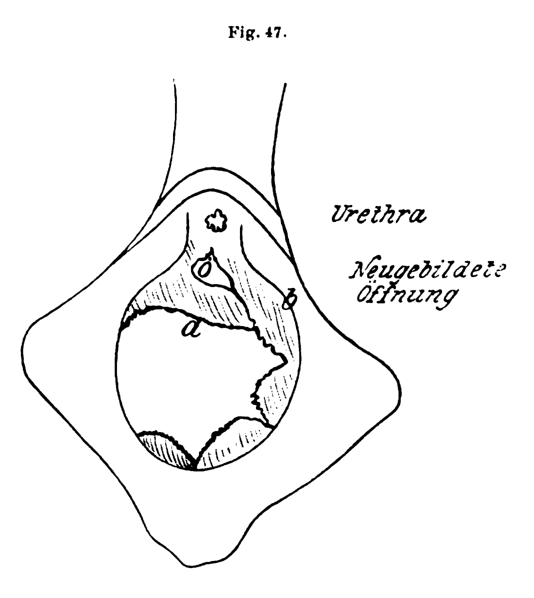
Therapie: Die Brücke wird mit der Schere durchtrennt und beiderseits um die Enden ein Catgutfaden gelegt, um erneute Verwachsung zu verhüten. Die Brücke war sehr hart, einer alten Narbe vergleichbar. Hierauf gelingt es, den Uterus aufzurichten, und da die Pat. jeden weiteren operativen Eingriff ablehnt, wird ein Hebelpresser eingelegt. Nach einigen Wochen wurde die Pat. zur Nachuntersuchung bestellt; sie hat keine Beschwerden mehr und

der Uterus lag im Ring anteflektiert. Offenbar hatte das Lig. spurium hier erst allmählich mit zunehmender Narbenschrumpfung die Portio immer mehr nach links und vorn gezogen und dadurch die Rückwärtsbeugung veranlaßt. Dafür sprach nicht nur die große Härte und narbige Beschaffenheit des Bandes, sondern auch die Tatsache, daß die Beschwerden, immer stärker werdend, erst seit 1—2 Jahren bestanden, während die letzte Geburt schon eine Reihe von Jahren zurücklag.

Daß es auch in seltenen Fällen an der vorderen Lippe der Portio sitzende Verwachsungen gibt, die natürlich viel schneller zu Lageabweichungen führen werden, beweist der folgende Fall:

Eine 29jährige Frau W. hatte vor 8 Wochen ihre erste Geburt durchgemacht; das Kind war mit der Zange geholt und dabei war der Damm und auch der Mastdarm in beträchtlichem Maße zerrissen. Es findet sich außerdem folgender Befund: Stark retroflektierter Uterus der vorderen Muttermundslippe, ein wenig nach links von der Medianebene, zieht ein fast kleinfingerdicker Strang zu dem vorderen Scheidengewölbe. Es gelingt auf keine Weise, den Uterus in Anteflexion zu bringen, bei den Versuchen fühlt man deutlich, wie sich das falsche Ligament anspannt. Das Band war noch so weich, daß stumpfe Durchtrennung gelang. Hierauf gelang die Aufrichtung mit der Sonde. In der Anstalt wurde einige Tage später unter Rückenmarksanästhesie die Alexander-Adamssche Operation und die Restituierung von Mastdarm und Damm vorgenommen.

Fig. 47.



b) Außerhalb des Puerperiums entstandene Verwachsungen der Portio mit dem Scheidengewölbe.

Obgleich die puerperalen Verwachsungen beträchtlich überwiegen, können natürlich auch andere Erkrankungen, die zu Epithelverlusten führten, solche Zustände hervorrufen. In erster Linie nenne ich die Gonorrhöe. Wir sahen kürzlich bei einer Frau, die starken gonorrhoischen Fluor hatte und wegen doppelseitiger Adnexerkrankungen mit Bettruhe konservativ behandelt wurde, eine breite Verklebung der hinteren Lippe der Portio mit dem Scheidengewölbe, wobei der Uterus stark anteflektiert lag. Die zarte Verwachsung war stumpf trennbar.

c) Im Scheideneingange sitzende Verwachsungen.

Auch hier überwiegen die nach Geburtsläsionen auftretenden fehlerhaften Vereinigungen. Besonders häufig kommen die kleinen Labien und Lappen des zerrissenen Hymen in Frage. Die Bedeutung dieser Verwachsungen ist viel geringer als die oben erwähnten, höher in der Scheide sitzenden. Durch einen Scherenschlag lassen sich meist normale Verhältnisse herstellen. Als Unikum beobachtete ich, daß ein Hymenallappen der rechten Seite (siehe *a* der Fig. 47) sich mit der linken Hälfte des Hymen verklebt hatte. Es entstand dadurch unterhalb der normalen Urethralmündung eine

zweite Öffnung *(ö)*, die einer Hebammenschülerin als Harnröhrenmündung imponiert hatte. Der eingeführte Katheter drang stets sofort in die Scheide ein. — Bei der gonorrhoischen Entzündung habe ich hier keine Verwachsungen gesehen, was bei dem abfließenden Sekrete und bei den häufigen therapeutischen Maßnahmen erklärlich erscheint. Es kämen außerdem Variola und Diphtherie in Betracht. Über die erste Erkrankung stehen mir persönliche Erfahrungen nicht zur Verfügung. Die Diphtherie der Vulva und Vagina heilt nach meinen Beobachtungen meist ohne Narben und Verwachsungen ab. Ich konnte dies kürzlich wiederum durch das Entgegenkommen des hiesigen Kollegen F. Kellersmann konstatieren: nach drei Wochen war eine Diphtherie des Introitus vaginae, die bei einem Kinde vergesellschaftet mit Rachendiphtherie aufgetreten war, bis auf einige rote Flecken abgeheilt.

Aus der akademischen Frauenklinik in Düsseldorf (Direktor: Prof. Dr. Opitz).

Über die Beeinflussung entzündlicher Erkrankungen der weiblichen Genitalien und ihrer Nachbarschaft durch Behandlung des Darmkanals. [1]

Von Dr. **P. Kuliga,** erster Assistent der akademischen Frauenklinik in Düsseldorf.

Schon seit langer Zeit gilt es als feststehende Tatsache, daß primär entzündliche Prozesse des Rektum sekundär solche der weiblichen Genitalien und ihrer Nachbarschaft hervorrufen können. Besonders für die sogenannte Parametritis posterior chronica wird dieser Entwicklungsgang sehr häufig angenommen. Die Erfahrung lehrt außerdem, daß die Heilung entzündlicher Affektionen der weiblichen Genitalien erheblich verzögert wird, wenn gleichzeitig Entzündungen und Ulzerationen am Rektum und Dickdarm vorhanden sind, und daß von diesen aus die Genitalerkrankung immer wieder aufflackern kann. Trotzdem bricht sich die Überzeugung nur sehr langsam Bahn, daß es bei gewissen gynaekologischen Erkrankungen vorteilhaft ist, neben der speziell gynaekologischen Therapie eine systematische Behandlung des Rektums einzuleiten.

A. Müller ist wohl so ziemlich der einzige, der vorgeschlagen hat, speziell bei der Parametritis posterior chronica prinzipiell gleichzeitig das Rektum zu behandeln. Er hat auch anscheinend zuerst systematische Untersuchungen darüber angestellt, wie oft bei dieser Erkrankung das Rektum beteiligt ist. Er schätzt danach die Häufigkeit der Entstehung entzündlicher Genitalaffektionen vom Darm aus auf 90%.

Bei seinen Untersuchungen hat er, abgesehen von einem gründlichen Studium der Anamnese, hauptsächlich die Sondierung des Mastdarms als diagnostisches Hilfsmittel verwendet. Diese Methode ist zeitraubend, erfordert viel Übung und ist auch nicht so ganz unbedenklich bei ängstlichen und empfindlichen Patienten. Sie ist deshalb für die Praxis, besonders den praktischen Arzt, den diese Frage besonders interessieren muß, durchaus ungeeignet. Außerdem ist sie, wie ich glaube, nicht ganz einwandfrei, denn die entzündliche Stenose, die mit der Sonde nachgewiesen wird, wird ja wohl in der Regel durch die verkürzten und abnorm reizbaren Ligamenta sacro-uterina her-

---

[1]) Nach einem auf der 80. Versammlung Deutscher Naturforscher und Ärzte in Köln am Rhein gehaltenen Vortrage.

vorgerufen, braucht also nicht die Beteiligung der Darmwand selbst am Entzündungsprozeß zu beweisen.

Ich möchte deshalb zur Prüfung der Frage, wie oft und bei welchen gynaekologischen Erkrankungen überhaupt das Rektum beteiligt ist, ein anderes Verfahren vorschlagen, das sich auch durch große Einfachheit auszeichnet und bei dem die Ligamenta sacro-uterina ausgeschaltet werden. Es ist dies die Palpation des Rektums von der Vagina aus.

Es ist ja eigentlich selbstverständlich, daß man bei jeder gynaekologischen Untersuchung zum Schlusse auch die vordere Kreuzbeinfläche und das vor ihr liegende Rektum abtastet. Merkwürdigerweise wird jedoch in den Lehrbüchern der Gynaekologie nicht darauf hingewiesen, daß die Palpation des Rektum von der Vagina aus irgend welches zum Nutzen der Patientin verwertbare Resultat geben kann. Es scheint also, als ob diese Methode, systematisch wenigstens, in der Regel nicht geübt wird, und doch bildet sie eine wertvolle Ergänzung der bimanuellen Untersuchung und der Exploration per anum.

Es kommt dabei hauptsächlich darauf an, festzustellen, ob (bei leerem Rektum) Druckempfindlichkeit besteht, wie weit sie hinaufreicht (eventuell durch Palpation des Kolon, ob das Kolon ebenfalls beteiligt ist), ferner ob der Kontraktionszustand und die Konsistenz vom normalen Befund abweicht und ob die Beweglichkeit mehr oder weniger beschränkt ist oder nicht.

Das Material, an dem diese Untersuchungen angestellt sind[1]), ist nicht groß, es umfaßt aber fast alle vorkommenden gynaekologischen Erkrankungen und zeichnet sich dadurch aus, daß auf Gonorrhöe zurückzuführende Genitalaffektionen verhältnismäßig selten sind.

Unter den 133 Fällen (siehe beistehende Tabelle) fand sich eine meist hochgradige

	Untersuchte Fälle	Druckempfindlichkeit des Rektum	des Kolon
	133	39	14
Entzündliche Genitalerkrankungen	58	39	14
Parametritis posterior chronica	49	37	14
Dysmenorrhöe	33	29	10
Entzündliche Adnexerkrankungen	11	11	4
Genitaltuberkulose	2	1	1
Endometritis	5	1	—
Retroflexio uteri	17	5	3
Obstipation	32	21	10
Obstipation und entzündliche Prozesse . .	25	21	10
Obstipation und nichtentzündliche Prozesse .	7	—	—
Durchfälle	4	4	2
Wechselnde Stuhlbeschaffenheit	4	3	1

[1]) Es sind nur rund 200 Fälle der Universitäts-Poliklinik zu Marburg und von diesen kann aus äußeren Gründen nur über 133 aufeinanderfolgende Fälle berichtet werden. Die Untersuchungen wurden durch die Übersiedlung nach Düsseldorf unterbrochen. Das Düsseldorfer Material ist ganz anders; hier fehlen, da es klinisches, nicht poliklinisches Material ist, die leichteren Fälle. Es prävalieren die schweren Fälle und die gonorrhoischen Adnexerkrankungen. Es kann also kein Übersichtsbild über das Vorkommen der Komplikation von Genitalerkrankungen durch solche des Rektums überhaupt bieten. Eine spätere Nachuntersuchung ist auch hier erheblich schwerer als bei poliklinischem Material.

Druckempfindlichkeit des Rektums bei der Betastung von der Vagina aus in 39 Fällen. Meist fühlte sich dabei das Rektum derb, stark kontrahiert an. Die Beweglichkeit war deutlich weniger ausgiebig möglich als normal. Nur in 11 Fällen war trotz der Schmerzhaftigkeit etwas normale Konsistenz und normaler Kontraktionszustand vorhanden. In zwei anderen Fällen war das Rektum auffallend teigig weich, wie ödematös. In verhältnismäßig zahlreichen Fällen beschränkte sich die Druckempfindlichkeit palpabler Darmabschnitte nicht nur auf das Rektum, sondern betraf auch die Flexur und mehr oder weniger große Teile des Kolon. In drei Fällen war, allerdings bei dünnen Bauchdecken, sogar das ganze Kolon bis zum Zökum als wurstförmiger Strang zu tasten und druckempfindlich.

Es waren durchwegs entzündliche Erkrankungen der Genitalien und ihrer Nachbarschaft, bei denen sich Druckschmerz des Rektums und Kolons fand, von diesen allerdings ein recht hoher Prozentsatz (39 von 58 Fällen, also 62%, wenn man bei diesen kleinen Zahlen überhaupt von Prozenten reden darf). Beim Fehlen entzündlicher Prozesse fehlte das Drucksymptom am Rektum stets. In 49 von den 58 Fällen ließen sich die Erscheinungen der sogenannten Parametritis posterior nachweisen. In einer verhältnismäßig großen Zahl dieser Fälle mit Parametritis posterior chronica (12) fehlte jedoch die Druckempfindlichkeit des Rektums. Besonders häufig waren Druckempfindlichkeit des Rektums und Kolons vorhanden, wenn dysmenorrhoische Beschwerden vorhanden waren. Bei den 11 entzündlichen Adnexerkrankungen waren sie stets nachweisbar. Auffallenderweise waren unter den 17 Fällen von Retroflexio uteri nur 5 mit Druckempfindlichkeit des Rektums und Kolons, während man doch erwarten sollte, daß der Druck des retroflektierten Corpus uteri viel häufiger zu Erkrankungen des Rektums führen müßte. In allen diesen 5 Fällen bestanden übrigens noch chronisch-entzündliche Prozesse an den Parametrien oder den Adnexen.

Die subjektiven Darmbeschwerden der Patienten entsprechen durchaus nicht immer den objektiven Befunden. Von den 133 Frauen klagten 32 über Verstopfung, 4 über Durchfälle, 4 über auffallend wechselnde Stuhlbeschaffenheit. Interessant ist, daß unter den Obstipierten auch 7 Fälle sich befanden, bei denen entzündliche Genitalaffektionen nicht bestanden, und daß von diesen kein einziger Fall Druckempfindlichkeit des Rektums zeigte, während dies sehr häufig war, sobald neben der Obstipation entzündliche Genitalaffektionen vorhanden waren. Übrigens fehlten in 10 Fällen von Parametritis posterior chronica, beziehungsweise entzündlicher Adnexerkrankung die subjektiven Darmbeschwerden ganz, trotz ziemlich bedeutender Druckempfindlichkeit des Rektums von der Vagina aus. Es brauchen also bei bestehender Druckempfindlichkeit des Rektums ebensowenig subjektive Stuhlbeschwerden zu bestehen, wie die Obstipation mit Druckschmerz des Rektums verbunden sein muß. Hieraus geht hervor, daß uns die Anamnese vielfach im Stiche läßt, wenn es sich darum handelt, die Rückwirkung von Genital- und Mastdarmerkrankungen aufeinander festzustellen.

Was nun die Therapie betrifft, so sind wir in der Regel bei der Behandlung des Darmes mit der Fleinerschen Ölkur[1]) ausgekommen. Nur in 2 Fällen wurde das Olivenöl nicht vertragen. Hier waren dünne Stärkeklistiere von guter Wirkung. Zu stärkeren Mitteln, Tannin etc., zu greifen, hat sich bei unseren Fällen nicht als nötig

[1]) Die Patienten verwenden zum abendlichen Einlauf so viel gutes Olivenöl (Sesamöl reizt vielfach ziemlich stark den Darm), als sie die ganze Nacht halten können. Erst am anderen Morgen gehen sie, jedesmal zur selben Stunde, zu Stuhl. Die Einläufe werden anfangs täglich, später jeden zweiten, noch später jeden dritten etc. Tag gemacht, bis der Stuhl sich von selbst regelt, beziehungsweise die objektiven Symptome am Rektum verschwunden sind.

erwiesen, doch haben wir auch keine sehr schwere Darmaffektion beobachtet. Die drei Fälle mit Blut und Schleim im Stuhl reagierten gut auf die einfache Ölkur.

Die günstige Wirkung der Öleinläufe machte sich meist sehr rasch bemerkbar. Schon nach wenigen Tagen gaben viele Patienten an, daß der Kopf freier, die Kreuz- und Leibschmerzen geringer seien, daß sie sich subjektiv viel wohler fühlten. Die objektive Besserung geht nicht so rasch vorwärts, immerhin manchmal noch überraschend schnell. Sie besteht im Schwinden der Druckschmerzen am Darm, den Ligamentis sacro-uterinis, parametritischen Strängen und den Adnexen. Verkürzte Ligamenta sacrouterina und parametritische Stränge dehnen sich vielfach von selbst größtenteils wieder. Zuweilen hat man dabei den Eindruck, als ob dies darauf beruht, daß ein entzündlicher Krampfzustand der in den Ligamenten enthaltenen glatten Muskulatur schwindet. In anderen Fällen mögen vielleicht die beim Gehen und Stehen auf die inneren Genitalien einwirkenden Druckschwankungen eine Dehnung der wieder schmerzlos gewordenen Ligamente veranlassen. Am dankbarsten sind deshalb unkomplizierte Fälle von Parametritis chronica posterior mit dysmenorrhoischen Beschwerden, bei denen man zuweilen allein durch Beseitigung des vom Rektum ausgehenden Reizes ein Abheilen der entzündlichen Genitalaffektion und eine Restitutio ad integrum erzielen kann. Dysmenorrhoische Beschwerden schwinden überhaupt meist ziemlich prompt und sicher unter Zuhilfenahme der Rektaltherapie. Dies bietet vielleicht der neueren Ansicht eine gewisse Stütze, die die Ursache dysmenorrhoischer Beschwerden nicht in den Uterus, sondern in seine Nachbarschaft verlegt. Besser und rascher als mit der rektalen Therapie allein kommt man allerdings zum Ziel, wenn man mit ihr die übliche Wärmetherapie kombiniert.

Negativ war der Erfolg nur in einem Falle entzündlicher Adnexerkrankung, die sich später als tuberkulös herausstellte. Dagegen war in den übrigen, zum Teil recht hartnäckigen, meist auf gonorrhoischer Basis entstandenen Adnexerkrankungen das Resultat recht günstig.

Aus den Untersuchungen geht hervor, daß bei zahlreichen Fällen von entzündlichen Erkrankungen der weiblichen Genitalien mit der einfachen Palpation des Rektums von der Vagina aus Abweichungen vom normalen Verhalten des Rektums nachweisbar sind, und daß in der großen Mehrzahl dieser Fälle durch systematische Behandlung des Darms auch die Genitalerkrankung zu beeinflussen und die Heilung zu beschleunigen ist. Ob dieses abweichende Verhalten des Rektums durch wirkliche Entzündungsprozesse, durch eine Proktitis mehr oder weniger hohen Grades hervorgerufen ist, läßt sich nicht mit Sicherheit sagen. Es ist nur in wenigen Fällen, da es sich um poliklinische Patienten handelt, rektoskopiert worden und außerdem fehlt die anatomische Untersuchung. Die Magen-Darmspezialisten erklären ja allerdings die Druckempfindlichkeit für ein Symptom eines entzündlichen Prozesses am Darm.

Es fragt sich nun, inwieweit die Häufigkeit dieser abweichenden Beschaffenheit des Rektums bei den entzündlichen Genitalerkrankungen uns einen Anhaltspunkt für ihre Entstehung vom Rektum aus gibt. Wir sind dabei natürlich nur auf Schätzungen angewiesen. Immerhin scheint es, daß dieser Weg zur Entstehung entzündlicher Genitalerkrankungen recht häufig ist. Allerdings ist der Prozentsatz, den Müller annimmt (90%), entschieden zu hoch gegriffen; andrerseits schätzt Kehrer mit 10—20% entschieden zu niedrig. Die Wahrheit wird auch hier wohl in der Mitte liegen.

Aus der k. k. Universitäts-Frauenklinik Innsbruck (Vorstand: Prof. Dr. Ehrendorfer).

Über einen Fall von zentralem Dammriß.

Von Dr. **Oskar Nebesky**, Assistenzarzt der Klinik.

(Mit einer Figur.)

Im 10. Heft dieser Rundschau berichtet S. Müller[1]) über drei Fälle von zentralem Dammriß, welche sämtlich während der Geburt beobachtet wurden. In der hiesigen Gebärklinik kam während der letzten 20 Jahre keine derartige Dammverletzung zur Beobachtung. Dagegen gelangte kürzlich, am 21. Mai d. J., eine Patientin in der gynaekologischen Ambulanz zur Aufnahme, welche vor einem halben Jahre bei der Geburt eine zentrale Dammruptur erlitten hatte und nun derentwegen von Dr. A. in W. der Klinik zur Untersuchung überwiesen wurde.

Die Seltenheit der zentralen Dammrisse rechtfertigt eine kurze Mitteilung dieses Falles, zumal der Geburtsverlauf dabei von der Hebamme genau beobachtet und beschrieben wurde.

M. A., 28jährige Primipara. Der Partus erfolgte am 7. November 1907 und ging zunächst normal vor sich. Das Kind stellte sich in Hinterhauptslage zur Geburt ein. Als der Kopf auf den Beckenboden getreten war, kam es jedoch vorerst nicht zum Durchschneiden, sondern der Kopf buchtete den muskulösen Beckenboden und die Vulva so stark vor sich aus, daß sowohl er als die kindliche Schulter die Beckenausgangsebene bereits passiert hatten und die Schulter durch das mächtig ausgedehnte Perineum tastbar war. Während einer Wehe bemerkte die Hebamme, daß unter ihrer, den Dammschutz ausführenden Hand das Perineum zwischen Introitus vaginae und Anus einriß und die kindliche Schulter in der Rupturstelle erschien. Während die Hebamme mit der einen Hand ein weiteres Vortreten der Schulter durch den Riß durch starken Druck auf dieselbe hintanhielt, gelang es ihr mit der anderen, die Vulvateile über das Hinterhaupt zu streifen, und bei der nächsten Wehe wurde das ganze Kind geboren, ohne daß das Frenulum einriß.

Das Wochenbett verlief normal und die Patientin kam erst $^3/_4$ Jahre später wegen Kreuzschmerzen und Ausfluß an die Klinik.

Es ergab sich folgender Befund:

Vulva ohne Besonderheiten, hintere Kommissur intakt. Damm im ganzen ca. 6 *cm* hoch. $3^1/_2$ *cm* hinter dem Frenulum führt ein für ein Notizblei durchgängiger Kanal gerade nach oben in die Vagina. Hinter dieser Fistelöffnung bis zum Anus ein zirka $1^1/_2$ *cm* breites Stück des Perineums erhalten. Sphincter ani völlig unversehrt, funktioniert normal. Die Ausmündung der Fistel in der Scheide ist trichterförmig eingezogen und liegt ca. $1^1/_2$ *cm* über dem Frenulum. Zervix eingerissen, etwas klaffend, Uterus retrovertiert, beweglich, Adnexe und Parametrien frei.

Die Fistel verursacht keinerlei Beschwerden, außer daß ein Teil des vermehrten Scheidensekretes durch sie abfließt. Die Patientin will daher auch von einer operativen Beseitigung desselben nichts wissen. Bei der jungen Frau war auch eine neuerliche Konzeption und Geburt sicher bald zu erwarten und dadurch der Erfolg einer solchen Operation ziemlich in Frage gestellt, da der durchtrennte und wieder geflickte Damm bei der Entbindung mehr gefährdet wäre, als die jetzt zwischen Vagina und Fistel gelegene kräftige und an der stärksten Stelle gut 1 *cm* dicke Brücke.

Der retrovertierte Uterus wird aufgerichtet und läßt sich durch ein Hodgepessar gut in richtiger Lage erhalten.

---

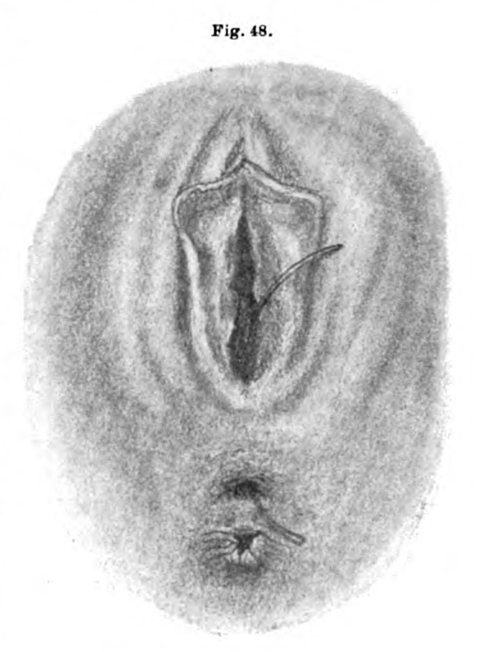
[1]) Gynaekol. Rundschau, 1908, 10. H.

Die Beckenmaße sind nicht verkleinert, die Beckenneigung der Norm entsprechend. Dagegen ist der Schamfugenwinkel etwas spitzer als normal.

Wie aus der Geburtsbeschreibung der Hebamme hervorgeht, begann in unserem Falle die Verletzung jedenfalls mit einem frontalen Abreißen der hinteren Scheidenwand oberhalb des Vulvaringes. Diesem primären Scheidenriß folgte sofort ein gleichgestellter Riß in dem zu einer dünnen Membran ausgezogenen Perineum. Diese maximale Ausdehnung und Verdünnung des letzteren in solchen Fällen wird auch von Zangemeister[1]) erwähnt.

Fragen wir in dem beschriebenen Falle nach dem Grunde dieser seltenen Art von Dammverletzung, so können drei Momente zur Erklärung herangezogen werden. Diese sind erstens die Enge des Schambogens, die, wenn auch nicht bedeutend, in unserem Falle doch sicher konstatiert werden konnte. In gleicher Weise können auch andere Beckenfehler sowie Änderungen seiner Neigung wirksam sein, sofern dadurch nur der Kopf gezwungen wird, etwas weiter nach hinten durchzutreten.

Fig. 48.



An zweiter Stelle spielt die größere Höhe des Dammes eine Rolle. Sie betrug ca. 6 *cm*, gegen 3—4 *cm* im Durchschnitt (R. v. Braun[2]).

Hierzu kommt noch die abnorme Festigkeit des Vulvaringes in seinem hinteren Anteil und des vorderen Dammteiles. Dieses Moment trat in unserem Falle sehr deutlich hervor. Das Perineum wurde durch den andringenden Kopf ad maximum ausgedehnt und ließ sich dann durch manuelle Kraft sogar über den Schädel zurückstreifen, ohne daß die hintere Kommissur einriß.

Damit eine rein zentrale Dammruptur zustande komme, müssen meines Erachtens stets zwei dieser Momente oder, wie in unserem Falle, alle drei zusammentreffen. Ist nur eines davon und dieses nicht in allzu extremem Maße vorhanden, so wird das Perineum an seiner schwächsten und meist gefährdeten Stelle, der hinteren Kommissur, zuerst einreißen oder ein etwas weiter nach hinten gelegener Riß sich alsbald mit einem der hinteren Kommissur verbinden.

In dem beschriebenen Falle wurde der Kopf durch den festen Vulvaring zurückgehalten, während die weiter oben und hinten gelegene Schulter den abnorm hohen und maximal ausgedehnten hinteren Dammanteil zum Einreißen brachte.

Volle Anerkennung verdient das Verhalten der schlichten Landhebamme, welche trotz der Seltenheit solcher Dammverletzungen die Gefahr sofort erkannte und den Riß auf das kleinste Maß zu beschränken vermochte, so daß der Patientin daraus kaum ein Schaden erwuchs.

[1]) Zentralbl. f. Gyn., 1901, pag. 881.

[2]) v. Winckel, Handb. d. Geburtsh., III. Bd., II. T., pag. 97.

Aus dem Kaiserin Elisabeth-Wöchnerinnenheim „Lucina“, Wien (Vorstand: Primarius Dr. W. Rosenfeld).

Über Nabelversorgung.

Von Dr. **Demetrio Galatti.**

Es ist wohl überflüssig, auf die Wichtigkeit der zweckmäßigen Nabelversorgung und Nabelbehandlung des Neugeborenen hinzuweisen in einer Zeit, in der sich allüberall Bestrebungen geltend machen, die Kindersterblichkeit nach Möglichkeit einzuschränken, indem man das neugeborene Kind durch Fernhalten aller Schädlichkeiten, durch entsprechende Ernährung und Wartung möglichst zu kräftigen sucht. Unter den Gefahren, die dem Gedeihen des Säuglings drohen, ist die der Infektion des Nabels nicht die geringste. Berechnet doch Keller (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn.) nach den Aufzeichnungen des statistischen Amtes in Berlin für die Jahre 1904 und 1905 den dritten Teil aller Todesfälle im ersten Lebensjahre auf den ersten Monat; von dem $^{3}/_{10}$-Teil derselben, die auf die Zeit des Nabelabfalles entfallen, sind 20% durch Nabelinfektion bedingt. Nach Keller sterben 1·4% aller Neugeborenen durch Nabelinfektion. Es ist also begreiflich, daß sowohl Pädiater als auch Gynaekologen diesem für die Lebenskräftigkeit im ersten Lebensjahre so wichtigen Punkte ihr Augenmerk zuwenden.

Wir müssen den Nabel des Neugeborenen als Wunde ansehen, die, wie Bunge (Zeitschr. f. Geburtsh. u. Gyn., VI) schon mit Recht hervorhebt, dadurch kompliziert ist, daß sich an ihr die Loslösung eines zum fremden Körper werdenden wasserreichen Gewebes vollzieht, das unter begünstigenden Umständen eine eminente Fähigkeit zur Zersetzung und Gelegenheit zur Infektion abgibt. Je länger sich nun die Abstoßung des Nabelschnurrestes verzögert, desto größer wird die Infektionsgefahr (Cholmogoroff, Basch, Escherich). Diese Gefahr nun zu verringern oder möglichst ganz zu vermeiden, ist der Zweck der bisherigen Bestrebungen bei der Nabelbehandlung. Diese bewegen sich im großen und ganzen hauptsächlich in zwei Richtungen.

Die einen Versuche gehen dahin, den Nabelschnurrest aus der Nabelbehandlung womöglich vollständig zu eliminieren; dahin gehört das Martinsche Verfahren, die Erlanger Behandlungsart (Bauereisen, Zentralbl. f. Gyn., 1903), das Abbinden mit Catgut $^{1}/_{2}$ *cm* über dem Hautnabel nach Leube (Zentralbl. f. Gyn., 1901) und schließlich die Omphalotripsie nach Porak, kurz alle Verfahren, bei denen nur ein möglichst kleiner Nabelschnurrest am Hautnabel zurückbleibt. Die Resultate mit diesen Verfahren sind, wie wir später noch besprechen wollen, recht günstige und steht deren Anwendung in Anstalten nichts entgegen. Jedoch glauben wir, daß deren Verallgemeinerung in der Privatpraxis, wo die Nabelbehandlung beinahe ausschließlich dem Hebammen- und Wartepersonal anvertraut ist, verschiedene Umstände, so die Gefahr der Nachblutung, der eventuellen Darmverletzung und schließlich der der Kompliziertheit bei einzelnen Methoden entgegenstehen.

Die zweite Gruppe der Verfahren besteht in der Abbindung etwa 4—5 *cm* über dem Hautnabel und einer derartigen Versorgung des Nabelschnurrestes, daß er möglichst rasch zur trockenen Mumifikation kommt. Diese ist deshalb so wichtig, weil den normalerweise am Nabelschnurrest sich ansiedelnden Bakterien durch vollkommene Wasserentziehung die Möglichkeit des Wachstums genommen wird. Tatsächlich gewährleistet eine möglichst rasche und vollständige Mumifikation auch die primäre Abheilung der Nabelwunde. Von diesem Gesichtspunkte ausgehend wurden bisher

trockene Verbände, solche mit Dermatol-Jodoformgaze, die nicht nur austrocknend, sondern auch antiseptisch wirken sollten, dann Verbände mit Streupulvern, Talkerde, Meersand etc. angewendet.

Im Jahre 1899 hat F. Horn (Über Nabelbehandlung des Neugeborenen. Münchener med. Wochenschr., 1899) den Versuch unternommen, zum Zwecke der raschen Austrocknung des Nabelschnurrestes nach den Arbeiten von Stumpf u. a. die Bolus alba beim Nabelverband anzuwenden. Nach dem ersten Bad wurde der Nabelschnurrest in einen mit Bolus alba belegten Wattebausch gelegt, dieser Verband wurde zweimal im Tage gewechselt, dabei die Kinder nicht gebadet. Es zeigte sich nun, daß bei diesem Verfahren der Nabelabfall nur in etwa 12% der Fälle bis zum fünften Tage erfolgte, in 84% bis zum achten Tage und in 16% erst nach dem achten Tage. Diese Resultate waren sicherlich nicht besonders günstig, wenn auch hervorgehoben wird, daß kein Fall von Eiterung vorkam.

Trotzdem haben wir auf Anregung des Herrn Primarius Rosenfeld, der Bolus alba aus der gynaekologischen Ambulanz als eminent austrocknendes und dabei vollkommen reizloses Mittel schätzen gelernt hatte, die Behandlung des Nabels mit diesem Mittel versucht, wobei jedoch die Methode der Anwendung eine verschiedene war. Wir legten das Hauptgewicht darauf, daß der Nabelschnurrest immer allseits reichlich von Bolus umgeben war. Der Nabelstrang wurde zirka 4 *cm* vom Hautnabel abgebunden und sofort nach dem ersten Bade reichlich mit Bolus alba beschickt (etwa ein gestrichener Kaffeelöffel); darüber kam der gewöhnliche Verband über einer Lage von hydrophiler Gaze. Schon am nächsten Tage zeigt sich der Nabelschnurrest vollkommen trocken und hart, nur im Grunde des Nabelbettes noch sukkulent. Nach dem Bade wird nun der Verband erneuert, wobei darauf geachtet werden muß, daß gerade die feuchten Partien reichlich mit Bolus bedeckt werden; derart erfolgt der tägliche Verbandwechsel nach jedesmaligem Bade bis zum vollkommenen Abheilen des Nabels.

Die Resultate bezüglich des Nabelschnurabfalles bei dieser Methode waren nun überraschend gute, so daß wir uns sofort entschlossen, dieselbe bei allen in der Anstalt geborenen Kindern in Anwendung zu bringen. Bei der ersten uns zur Verfügung stehenden Serie von 200 Kindern erfolgte der Abfall des Nabelschnurrestes mit vollkommener Austrocknung des Nabelbettes

am dritten	Tage	bei	7	Kindern	am sechsten	Tage	bei	42	Kindern
„ vierten	„	„	35	„	„ siebenten	„	„	22	„
„ fünften	„	„	81	„	„ achten	„	„	13	„

Bis zum achten Tage war der Nabelschnurrest bei allen Kindern abgefallen, nur in zwei Fällen näßte das Nabelbett noch 2—3 Tage, verheilte aber auch vollständig unter weiterer Bolusauflage.

Wir erzielten also mit unserer Behandlung den Abfall des Nabelschnurrestes in den ersten 6 Tagen in 82·5%, in den ersten 8 Tagen in 100%. Mit dieser Methode wurden bisher die günstigsten Resultate erreicht, die bisher erzielt werden konnten; und diese sind entschieden denjenigen gleichzustellen, welche mit der Omphalotripsie zu erreichen sind, wo eben der sukkulente Nabelstrang beinahe vollständig vom ersten Tage an ausgeschaltet wird.

Einer dankenswerten Anregung Hofrat Schautas folgend, wurde an den Kliniken Schauta und Chrobak in Wien das Poraksche Verfahren nachgeprüft.

A. Feitler (Wiener klin. Wochenschr., 1908) berichtet über die Resultate an der Klinik Schauta. Er fand den Nabelabfall in den ersten 5 Tagen in 31·83%, am sech-

sten bis zehnten Tage in 64·17%. 24 Kinder wurden am zehnten Tage noch mit festhaftender Borke entlassen.

A. W. Meyer (Wiener klin. Wochenschr., 1908), der über die Resultate an der Klinik Chrobak berichtet, führt an, daß am neunten Tage 20% der Kinder noch ungeheilt die Klinik verlassen haben.

Immerhin sind das noch recht günstige Resultate. Lovrich erzielte mit Omphalotripsie in den ersten 6 Tagen Nabelschnurrestabfall in 89%, Porak in den ersten 5 Tagen in 62·75%. Diese so günstigen Resultate finden wir jedoch nur bei einem Verfahren, welches, wie schon oben erwähnt, zu kompliziert ist, um allgemein angewendet werden zu können, und nicht vollkommen sicher ist bezüglich einer eventuellen Nachblutung.

Vergleichen wir mit dem Bolusverbande unsere früheren Resultate, zur Zeit, als wir das heute wohl verbreitetste Verfahren (Abbinden des Nabels 4—5 *cm* über dem Hautnabel, Anlegen eines aseptischen Verbandes, eventuell etwas Dermatolstreupulver bei täglichem Bade) anwandten, so finden wir hier den Nabelabfall in 60·8% bis zum sechsten Tage, in 31% bis zum achten Tage und in 8·2% nach dem achten Tage.

Die Resultate bezüglich einer eventuellen Gewichtszu- oder -abnahme der Kinder der ersten Lebenswoche waren bei beiden Verfahren annähernd die gleichen.

Bei keinem der 200 Kinder konnte Fieber nachgewiesen werden, ebensowenig war jemals irgend eine Rötung oder entzündliche Reizung des Hautnabels bemerkt worden. Die von Stumpf (Münchener med. Wochenschr., 1898) und von Longemak (Münchener med. Wochenschr., 1899) hervorgehobenen Eigenschaften des Bolus alba als ungiftig, austrocknend, daher antiseptisch wirkend, nicht reizend, geruchlos und desodorisierend, erwiesen sich bei der Nabelbehandlung vollkommen zu Recht bestehend. Und wenn F. Horn bei der seinerzeitigen Anwendung nicht die gleichen günstigen Resultate erzielte, so müssen wir dies nur seiner Methode der Anwendung zuschreiben, nicht dem Mittel selbst.

Der Nabelverband mit Bolus alba ist infolge seiner Einfachheit von jeder Hebamme ohne vorherige Schulung anwendbar, kann selbst in der ärmsten Praxis geübt werden (1 *kg* Bolus alba kostet 50 Heller), die Kinder können täglich gebadet werden, der Nabelabfall erfolgt mit voller Regelmäßigkeit so zeitlich wie bei keinem anderen Verfahren; die Nabelinfektion wird dadurch auf das mindest zu erzielende Maß herabgedrückt. Aus diesen Gründen sehen wir uns veranlaßt, dieses von uns weiterhin geübte Verfahren nicht nur für Anstalten, sondern auch für die allgemeine Praxis auf das wärmste zu empfehlen.

Bücherbesprechungen.

Deutscher Hebammenkalender 1909. (Elwin Staude, Berlin.) Der mit dem Bilde O. v. Franqués geschmückte 21. Jahrgang des deutschen Hebammenkalenders ist, wie seine Vorgänger, zu einem reich ausgestatteten, sehr brauchbaren Vademekum für die deutsche Hebamme erweitert worden. Derartige Kalender haben zweifelsohne den großen Vorteil, daß sie die Hebammen zur gewissenhaften Registrierung aller Vorkommnisse in der Praxis anregen, was auf die genaue Beobachtung der Fälle von günstiger Rückwirkung ist. Eine Reihe von praktischen Beilagen erhöht den Wert des Kalenders, der übrigens auch dem Gynaekologen manches Wissenswerte auf statistischem Gebiete bringt. Krause.

Sammelreferate.

Extrauteringravidität.

Sammelreferat von Dr. **Otfried O. Fellner.**

1. Dahlmann: **4250 g schwere, extrauterin entwickelte Frucht.** (Mediz. Gesellschaft Magdeburg, Februar.)
2. E. Falk: **Fall von Eversion der Tube bei Tubarabort.** (Zentralbl. f. Gyn., 1907, Nr. 45.)
3. O. v. Franqué: **Zur dezidualen Reaktion des mütterlichen Bindegewebes und der Gefäße bei Tubargravidität.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 8.)
4. E. Haim und O. Lederer: **Erfahrungen über rupturierte Extrauterinschwangerschaften mit Bluterguß in die Bauchhöhle.** (Monatsschr. f. Geburtsh., Jänner.)
5. Henkel: **Geborstene interstitielle Tubargravidität, verwachsen mit dem Appendix.** (Verhandl. d. Gesellsch. f. Geburtsh., Berlin, April.)
6. M. v. Holst: **Ein Beitrag zur Kasuistik der Lithopädien.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 15.)
7. A. Jarzew: **Über Bauchhöhlenschwangerschaft.** (Shurnal akusherstwa.)
8. A. Karczewski: **Eine Tubenschwangerschaft mit Blutung in den Mastdarm.** (Wiener klin. Rundschau, Nr. 37.)
9. Klien: **Tubenschwangerschaft.** (Gesellsch. f. Geburtsh., Leipzig, Oktober.)
10. Kubinyi: **Beitrag zur Frage der Frühoperation der Extrauteringravidität.** (Orvosi Hetilap, Nr. 13.)
11. Kuppenheim: **Wiederholte ektopische Schwangerschaft.** (Archiv f. Gyn., 81, 1.)
12. Lassand und A. Wertheim: **Ein ungewöhnlich verlaufender Fall von Extrauteringravidität.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 9.)
13. B. Laurell: **Fall von gleichzeitiger Schwangerschaft in beiden Tuben.** (Mitteilungen aus der gyn. Klinik des Prof. Engström, VII, 2.)
14. L. v. Lingen: **27 Fälle von operativ behandelter Extrauteringravidität.** (Wratschebnaja Gazetta, Nr. 9—10.)
15. J. Lovrich: **Beitrag zur Frage der primären Abdominalschwangerschaft.** (Orvosi Hetilap, Nr. 12.)
16. E. Lunzer: **Vorgetäuschte Extrauterinschwangerschaft. Gleichzeitig ein Beitrag zur Corpus luteum-Zystenbildung.** (Zeitschr. f. Heilk., 28, 6.)
17. C. Maennel: **Anatomische Untersuchungen über den Bau und die Ätiologie der Hämatokelenmembran.** (Zeitschr. f. Geburtsh., 60, 2.)
18. Derselbe: **Zur Lehre von der Entstehung der Hämatokelenmembran.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 11.)
19. J. Mann: **18 Fälle von Extrauteringravidität.** (Orvosi Hetilap, Nr. 40.)
20. W. Orlow: **Zur Lehre über die Diagnose der Extrauteringravidität und des Tubenaborts.** (Russki Wratsch, Nr. 18.)
21. Pape: **Präparate von Tubenruptur.** (Verein der Ärzte Düsseldorfs, April.)
22. A. Riech: **Ein Fall von interstitieller Tubenschwangerschaft. Perforation durch die Uterus- und Tubensondierung.** (Zentralbl. f. Gyn., Nr. 35.)
23. Riedinger: **Über ektopische Schwangerschaft.** (Wiener med. Presse, Nr. 20.)
24. H. Robb: **Über ektopische Schwangerschaft, insbesondere hinsichtlich der Behandlung der Tubenruptur.** (Amer. Journ. of obstetr., Juli.)
25. L. Roberts: **Laparotomie wegen Extrauteringravidität.** (Brit. med. Journ., Jänner.)
26. H. Rotter: **Ein Fall von ausgetragener Extrauteringravidität.** (Gesellschaft der Spitalsärzte, Budapest, Jänner.)
27. P. Schuhmacher: **Gleichzeitige Extra- und Intrauteringravidität.** (Inaug.-Dissert., Bonn.)
28. W. H. Schultze: **Über das Verhalten der uterinen Dezidua bei ektopischer Schwangerschaft.** Ein Beitrag zur Frage nach der Entstehung des unteren Uterinsegmentes. (Archiv f. Gyn., 82, 2.)

29. A. Sittner: **Ergebnisse der in den letzten 20 Jahren durch Köliotomie bei lebender Frucht operierten Fälle von vorgeschrittener Extrauterinschwangerschaft.** (Archiv f. Gyn., 84, 1.)
30. Stone: **Fall von wiederholter Tubenschwangerschaft.** (New York obstetr. Society, Oktober.)
31. D. v. Szabo: **Fall von vorgeschrittener ektopischer Schwangerschaft.** (Archiv für Gyn., Bd. 82.)
32. W. Tate: **Tubargravidität.** (Geburtshilfl. Gesellsch. London, 6, 2.)
33. F. Weißwange: **Beitrag zur Ätiologie der Extrauterinschwangerschaft.** (Zentralblatt f. Gyn., Nr. 14.)
34. Th. Wenczel: **Ein Fall von Extrauterinschwangerschaft.** (Gesellsch. d. Ärzte, Budapest, April.)

W. H. Schultze (28) beschreibt eine intrauterine Dezidua bei ektopischer Schwangerschaft. Das untere Uterinsegment nahm in diesem Falle wie auch sonst in allen Fällen der Literatur an der dezidualen Reaktion teil. Man sieht an ihm recht deutlich, wie die Schleimhaut am inneren Muttermund nicht ihr Ende erreicht, sondern sich, wenn auch in geringerer Mächtigkeit, in die Zervix fortsetzt und daß dann, wenn dieser Zustand erreicht ist, das Ei sich dort ansiedelt, wo es ist.

Riedinger (23) berichtet über 24 Fälle, welche er in 14 Monaten per Laparotomie operiert hat. Das Ei ist stets eine Gefahr für die Trägerin, wenn es in der Tube haften bleibt. Es hat einen arrodierenden Charakter, und darin liegt die Ursache für die frühen Störungen, die das Ei macht. Die Ursache der Tubargravidität liegt entweder in der ungenügenden Reaktion der bewegenden Kräfte oder in den mechanischen Hindernissen in der Leitungsbahn. Am wahrscheinlichsten scheint es ihm, daß das Ei, bevor es in den Uterus gelangt ist, einen Grad von Entwicklung erlangt hat, welcher es zur Einnistung bestimmt.

O. v. Franqué (3) nimmt Stellung zu der von Fellner und Meyer diskutierten Frage über die fötale oder materne Beschaffenheit der Zellen im mütterlichen Bindegewebe und in den Gefäßen bei Tubargravidität. Er stützt sich insbesondere auf Präparate, welche die Unterscheidungen der Dezidua und Langhanszellen dadurch ermöglichen, daß die strittigen Zellen an Stellen gefunden wurden, die in gar keiner Beziehung zum Eibette standen. Es zeigt sich dort ausgesprochene deziduale Reaktion, und es ließen sich keine Übergänge zu den dem Eibette naheliegenden Deziduazellen nachweisen, die oft den Langhanszellen sehr ähnlich sind und daher vielfach mit diesen zusammengeworfen werden. Es muß daher die deziduale Natur dieser Zellen, wie Fellner will, bestätigt werden. Aber ebenso sicher ist die Invasion und zerstörende Wirkung der fötalen Elemente abzulesen, welche Fellner zu unterschätzen scheint. Die Verschiedenheit der Ansicht beider Autoren kann zum Teil erklärt werden aus der je nach Zeit, Ort und Umständen sehr verschiedenen Ausbildung der strittigen, zum Teil sicher fötalen, zum Teil sicher maternen Zellformation.

Maennel (17) untersuchte 48 Fälle von Hämatokele. Bei diesen war der Anlaß für die spätere Hämatokele ein nach Extrauteringravidität entstandener Tubenabort. Wird der Abort durch die am wenigsten widerstandsfähige Stelle der Tube ausgestoßen, so ist er schon von einer zusammenhängenden Schicht und von organisiertem Gewebe überzogen, und dieses nicht mehr reine Blut kommt also in unmittelbaren Kontakt mit dem Peritoneum. Dadurch wird eine schnelle Resorption hintangehalten. Es entsteht rasche Verklebung und Verwachsung mit den anliegenden Serosaflächen.

Weißwange (33) berichtet über eine Patientin, bei welcher Schmerzen, Fieber, Blutungen und der Tastbefund auf eine rechtseitige Pyosalpinx hinwiesen. Bei der

Laparotomie fand man die Adnexe zu einem dicken Konglomerattumor verwachsen. Die fingerdick geschwollene Tube wurde abgebunden und erwies sich als eine Pyosalpinx gonorrhoica und eine ampulläre rupturierte Gravidität. Man könnte sich vorstellen, daß entweder gleichzeitig Konzeption und Infektion stattgefunden, oder daß der entzündliche Prozeß auf die geschwängerte Tube übergegriffen hat.

Eine Reihe von Publikationen betreffen Fehldiagnosen. So berichtet Orlow (20) über drei Fälle. Zweimal handelte es sich um Tubargravidität, in einem Falle wurde die Diagnose falsch gestellt; es fand sich bei der Operation eine Pyosalpinx und eine Corpus luteum-Zyste mit Blut als Inhalt. Vor der Operation konnte Milch aus der Brustdrüse hervorgepreßt werden. Ferner sah man Pigmentation der Linea alba, und außerdem waren wehenartige Schmerzen vorhanden.

Eine vorgetäuschte Extrauteringravidität operierte W. E. Lunzer (16). Die Patientin hatte seit 3 Jahren allmonatlich schleimiges Erbrechen, weshalb ihr vor wenigen Tagen Heilgymnastik empfohlen wurde. In der Nacht traten Üblichkeit und Schmerzen in der Bauchgegend auf. Die Menses waren stets regelmäßig. Nichtsdestoweniger sprach der äußere Befund für eine Extrauteringravidität. Bei Eröffnung der Bauchhöhle entleerte sich Blut in großer Menge. Der Appendix und die rechten Adnexe waren normal, ebenso die linke Tube. Am linken Ovarium fand man einen walnußgroßen Sack mit einer Perforationsöffnung, aus welcher Blut strömte. Fötale Elemente konnten auch mikroskopisch nicht nachgewiesen werden. Es handelte sich also um eine Corpus luteum-Zyste, aus welcher — die Patientin befand sich 2 Tage vor der Menstruation — die Blutung stammte.

Den seltenen Fall einer Eversion der Tube beschreibt E. Falk (2). Eine 25jährige Frau machte vor 2 Jahren eine Unterleibsentzündung durch. Im September hatte sie die letzte Periode. Ende Oktober, zur Zeit der Menstruation, traten schnell vorübergehende Schmerzen auf. Anfangs November schwache Blutung, schließlich sehr starke Schmerzen im Becken, Schwächegefühl, Bild einer Verblutung. Bei der Operation fand man viel frisches Blut. An dem linken abdominellen Ostium der Tube haftete ein Koagulum. Die Tube selbst enthielt kein Blut, doch war sie in größerer Ausdehnung evertiert, ohne daß der Tubentrichter zur Ruptur gekommen wäre. Abtragung der Tube. Das Ei war wahrscheinlich schon vor 10 Tagen abgestorben. Die Mole adhärierte an einem kleinen Teile der Plazentarstelle und so kam es durch die heftigen Kontraktionen der Längsmuskulatur der Tube zu einer Eversion des Eileiters. Ohne Tubenkontraktion ist diese Eversion um so weniger erklärlich, da sich in dem Eileiter selbst kein Erguß fand.

Einen ungewöhnlich verlaufenden Fall von Extrauteringravidität beobachteten Lassand und A. Wertheim (12). Eine 30jährige Patientin hatte seit 3 Monaten das Gefühl der Völle im Bauch und Schmerzen im linken Hypogastrium. Sie hatte weder geboren noch abortiert. Letzte Menstruation hatte sie im Jänner, hierauf blieb sie durch 2 Monate aus, und im März, während einer heftigen Anstrengung, fühlte sie starke Schmerzen im Bauch. Gleichzeitig gingen Blut und Gerinnsel ab. Das Abdomen enthielt freie Flüssigkeit; auf Punktion hin entleerten sich 10 Liter seröser Flüssigkeit. Es wurde die Laparotomie vorgenommen, die gravide Tube exstirpiert, aber es fand sich kein Anhaltspunkt für die Ursache des Aszites.

P. Kubinyi (10) beobachtete eine 30jährige Nullipara, welche unter den Zeichen der schwersten Anämie erkrankte. Am 10. Tage der Beobachtung ging die Dezidua ab. Nach einer Woche wurde Patientin entlassen, kollabierte aber nach weiteren vier

Wochen. Bei der Laparotomie fand man eine 3 Monate alte lebende Frucht, nach 24 Stunden starb aber die Patientin. Die durch die Resorption der Hämatokele beobachtete Verkleinerung des Tumors ließ die weitere Blutung übersehen. Man soll daher stets bei Eintreten der Blutung operieren.

Bei lebender Frucht soll man nach Mann (19) sofort operieren, und zwar per Laparotomie. Mann operierte so 3 Fälle. Zwei Frauen verweigerten die Operation, von diesen starb eine. 6 Fälle wurden ausgetragen, darunter 3 Lithopädien. Ist die Frucht abgestorben, operiere man nur dann, wenn sich Störungen des Allgemeinbefindens oder Eiterungen einstellen.

In einem Falle von Loyd Roberts (25) war die 3monatliche Frucht zwischen die Blätter des Ligamentum latum ausgetreten. So kam es zu keiner Blutung in die Bauchhöhle.

Wenczel (34) beobachtete eine 27 Jahre alte Drittgeschwängerte, welche ihre letzten Menstruationen zur richtigen Zeit hatte, doch dauerten sie 8 Tage lang. Vor einer Woche wurde sie von einem heftigen Unwohlsein befallen, und die Temperatur stieg auf 38·6. Der Uterus war aufs doppelte vergrößert. Im Douglas fühlte man eine nicht bewegliche, empfindliche Geschwulst. Da Wenczel glaubte, daß es sich um eine alte Hämatokele handle, operierte er von der Scheide aus und räumte übelriechende Blutgerinnsel aus. Die Temperatur fiel ab, doch trat am 6. Tage ein Schüttelfrost auf unter Temperatursteigerung und Blutung. Wenczel nahm die Laparotomie vor, der Tumor riß ein, und aus ihm strömten übelriechende Gase. Ferner fand man einen 15 *cm* langen Fötus. Drainage: Nach 9 Wochen trat Heilung ein.

W. Tate (32) kommt hinsichtlich der Tubenschwangerschaft in den ersten Wochen zu folgenden Schlüssen: Mag die Blutung mäßig oder heftig sein, so soll operiert werden. Ebenso, wenn wir auf irgend einem Wege diagnostizieren können, daß die Frucht noch in der Tube ist. Nur wenn bereits eine Hämatokele vorhanden ist, oder wenn nach den ersten Symptomen die Schmerzen durch längere Zeit sistiert haben, kann man zuwarten, muß aber die Patientin genau erst beobachten. Hier sind gute Aussichten zur Resorption vorhanden.

Über 27 operativ behandelte Fälle von Graviditas extrauterina berichtet L. von Lingen (14). 22mal wurde per laparotomiam vorgegangen und 5mal das hintere Scheidengewölbe eröffnet. Im allgemeinen gibt Lingen der Köliotomie den Vorzug. Bei 22 Laparotomierten wurde 12mal im hinteren Scheidengewölbe eine Kontraappertur angelegt und drainiert. In 7 Fällen wurde eine Probepunktion durch das hintere Scheidengewölbe ausgeführt, die Lingen dann unterläßt, wenn der lokale Befund, die Anamnese etc. keinen Zweifel obwalten lassen. Auch Lingen hat beobachtet, daß in frischen Fällen die Punktion gelegentlich einen Nachschub hervorrufen kann. Das hintere Scheidengewölbe hat er inzidiert, wenn die Temperaturkurve und der lokale Befund für eine beginnende Vereiterung sprachen. 2 Beispiele sprechen dafür, daß durch ein derartiges Vorgehen die innere Blutung bedeutend vermehrt wird. Ein weiterer Übelstand haftet der Inzision an, nämlich der, daß durch die Drainage die Abortreste nur sehr langsam und in verjauchtem Zustand ausgestoßen werden. In einem Falle ist eine wiederholte Schwangerschaft vorgekommen. Von den 27 Operierten genasen 25. Die durchschnittliche Heilungsdauer betrug 39·3 Tage. 5 Frauen wurden nachher noch gravid, von denen eine abortierte. Der Zeitpunkt des Eintrittes der Konzeption nach der Operation schwankt zwischen 1 Monat und $1^1/_2$ Jahren.

Sittner (29) stellt die in den letzten 20 Jahren durch Köliotomie bei lebenden Kindern operierten Fälle von vorgeschrittener Extrauteringravidität zusammen. Bei

atypischem, nicht intestinalem Sitze der Plazenta ergibt sowohl Entfernung als auch Zurücklassung der Nachgeburt ziemlich gute, die erstere allerdings bessere Resultate als die letztere. Bei am Darm inserierender Plazenta zeigt die Zurücklassung der Nachgeburt ganz erhebliche Nachteile, nämlich um das 6fache schlechtere Erfolge als die Entfernung. Diese Inferiorität der entfernenden Methoden zeigt sich auch in den Fällen des typischen Sitzes der Plazenta. Die entfernenden Methoden haben 9·3%, die zurücklassenden 45% Mortalität. Die gesamte Mortalität von 62 Fällen beträgt bis zum Jahre 1895 33·8%, von da ab 21%. Plötzliche, aus Sackzerreißungen und Plazentarlösung hergeleitete Ereignisse fehlen auch in den vorgeschrittenen Schwangerschaftsmonaten nicht. Sie sind aber weder häufig noch auch wenigstens unter dem Schutze der klinischen Überwachung so folgenschwer, daß man aus Furcht vor ihnen jegliche Rücksicht auf das kindliche Leben beiseite zu schieben nötig hat. Daher ist das Bestreben, zwei Leben zu erhalten, gerechtfertigt. Eine vollständige Elimination sämtlicher Eibestandteile in der Frühzeit war in 35%, in den späteren in 38% der Fälle möglich. Die häufigen Störungen des Wundverlaufes in der Spätzeit zeigten, daß die Operationen der Spätzeit, wenn auch nicht gefährlicher, so jedoch eingreifender sind als die der Frühperiode. Gleichwohl scheint dieses Moment nicht von solcher Bedeutung zu sein, um darauf einen wesentlichen Unterschied zwischen den beiden Zeitabschnitten zu basieren. 51% der Kinder blieben von der deletären Beeinflussung seitens des abnormalen Eisitzes verschont.

H. Robb (24) meint, man solle bei Tubenruptur nicht zu früh eingreifen. Man rette die Patientin so nicht, sondern im besten Falle hat man sie nicht getötet. Selten wird achtgegeben, wieviel Blut in der Bauchhöhle war. Und doch kann man 3% des Blutes verlieren, ohne zu sterben, also 1·6 *kg*. Soviel Blut habe aber noch niemand in der Bauchhöhle gefunden. Bei frühzeitigem Eingreifen gelingt es zwar mitunter, aber äußerst selten, ein Blutgefäß zu ligieren, sonst hat die Operation keinen Wert. Robb stellte Versuche an 12 Tieren an, denen er den Uterus verletzte, die Art. uterinae durchschnitt etc. Manchen Tieren wurden sogar beide Uterinae durchschnitten, kein einziges Tier verendete. Die Hämorrhagien können also niemals lebensgefährlich sein. Bei der Operation fügt man zu dem Kollaps noch den Eingriff hinzu. Manche Kranke sterben an dem raschen Eingriff. Man solle nicht früher operieren, als bis es durch verschiedene Mittel gelungen ist, den Kräftezustand zu heben. Er operierte so 20 Fälle und verlor eine Frau an Ileus.

Ihre Erfahrungen an 27 Fällen von rupturierter Extrauterinschwangerschaft mit freiem Bluterguß in die Bauchhöhle teilen E. Haim und O. Lederer (4) mit. Das Durchschnittsalter betrug 30½ Jahre. Nur vier Frauen waren zum erstenmal gravid. 9mal war ein Partus vorausgegangen. Sechs Frauen hatten ein- oder mehreremal vorher abortiert. 2mal war vorher manuelle Plazentarlösung notwendig. Erkrankung des Uterus lag in 6 Fällen vor. Die Patienten kamen zumeist mit der Angabe, daß sie noch vor wenigen Tagen zur rechten Zeit unwohl waren, und daß seither ihre Beschwerden beständen. Die Gravidität erfuhr durchschnittlich im zweiten bis dritten Monat die Unterbrechung, in 6 Fällen im ersten Monat, 23mal war die Pulsfrequenz 120. In ebenso vielen Fällen war die Temperatur normal, hingegen in 11 Fällen subfebril, in 3 Fällen zwischen 38 und 38·2. Das Fehlen eines typischen Befundes bei der vaginalen Untersuchung ist bei der Ruptur die Regel. Probepunktion und insbesondere Inzision sind nicht nur überflüssig, sondern auch gefährlich.

Klien (9) berichtet über eine Patientin, die sich vor einem Automobil geschreckt hatte und gleich danach Schmerzen tief unten verspürte. Es trat Kollaps auf. Die

Diagnose wurde auf innere Blutung infolge geplatzter Extrauterinschwangerschaft gestellt. Bei der Operation fand man eine stecknadelkopfgroße Perforationsöffnung an der Tube. Exitus am vierten Tage. Klien meint, daß die Patientin an einer Sepsis gestorben sei infolge zurückgebliebenen Blutes. Klien demonstrierte ferner eine uneröffnete gravide Tube von $6^1/_2$ Wochen, welche offenbar infolge innerer Blutung bedeutend gewachsen war.

Zwei besondere Präparate von Tubenruptur demonstrierte Pape (21). Im ersten Falle fand sich eine stecknadelkopfgroße Öffnung, aus der eine kleine Zotte herausragte. Keine Abdominalblutung. Im zweiten Falle wurde die Patientin pulslos auf den Operationstisch gebracht. Die Ruptur war linsengroß. Pape meint, man lege zu großes Gewicht auf die innere Blutung, weshalb oft Irrtümer in der Diagnose vorkommen. Gerade bei der schweren Tubenruptur kommt es nicht zu Hämatokelenbildung, und man kann daher nicht warten, bis sich eine solche bildet.

Henkel (5) berichtet über eine vereiterte, interstitielle Tubargravidität, welche mit der Appendix verwachsen war. Eine 39jährige Frau hatte 4mal entbunden. Ende Jänner blutete sie, weshalb man wegen eines angeblichen Abortus kurettierte. Hierauf blutete sie noch stärker und schließlich kam es zu einem übelriechenden blutigen Ausfluß. An der Abgangsstelle der Tube fühlte man eine apfelgroße Geschwulst. Henkel dilatierte, konnte aber keine Kommunikation der interstitiellen Tubargravidität mit der Uterushöhle nachweisen. Er nahm deshalb die Laparotomie vor und fand den Wurmfortsatz mit der Geschwulst innig verwachsen. Er entfernte den Wurmfortsatz und exzidierte keilförmig die Gravidität. Über die Rupturstelle hatte sich eine Darmschlinge gelegt, und an dieser Stelle fand man einen Teelöffel voll Eiter.

Über eine Tubenschwangerschaft mit Blutung in den Mastdarm berichtet A. Karczewski (8). Eine 24jährige Frau, welche stets normal menstruierte und nach einer sechsmonatlichen Frühgeburt eine fieberhafte Erkrankung durchgemacht hatte, war im Juli zum letztenmal menstruiert. Im August stellten sich Kreuzschmerzen und Schmerzen im Unterbauch ein. Hierbei ging ein Gewebsfetzen ab. Seither blutete die Frau durch 3 Wochen, worauf plötzlich ein Ohnmachtsanfall einsetzte. Die Frau wurde sehr blaß, und in der Folge ging Eiter mit den Fäzes ab. Täglich traten mehrere eitrige Stühle auf. Man fand eine tiefliegende Geschwulst und im Zusammenhange damit ein rundliches Gebilde von Gänseeigröße. Auf Behandlung besserte sich der Zustand. Plötzlich trat heftiger Stuhlgang auf, es kam braunes Blut, und der Puls wurde kaum fühlbar. Bei der Laparotomie fand man rechterseits eine zystisch erweiterte Tube, die abgetragen wurde, und hinter derselben eine Höhle, die mit Eiter gefüllt war und sich fingerbreit in den Mastdarm öffnete. Drainage. Heilung. Es hatte also ein linkseitiger tuboovarieller Tumor entzündlichen Ursprungs bestanden, rechtseitig eine Tubarschwangerschaft mit Ruptur und sekundärer Hämatokele, welche in den Mastdarm perforiert war.

A. Rieck (22) berichtet über einen Fall von interstitieller Tubenschwangerschaft mit Perforation durch den Uterus und Tubensondierung. Die 28jährige Patientin hatte ihre letzte Regel Mitte Jänner. Im Februar blutete sie durch 11 Tage stark. Wegen Abortus wurde eine Auskratzung vorgenommen. 8 Tage nach derselben setzte wieder eine Blutung ein, und nach der Untersuchung am 5. Tage spürte man links neben dem Uterus einen apfelgroßen Tumor. Bei der Sondierung ging die Sonde über 17 *cm* vorwärts, worauf sich Zeichen einer heftigen inneren Blutung einstellten. Rieck nahm die Laparotomie vor, fand das Abdomen voll Blut und den Uterus durch einen apfel-

großen Tumor fixiert. An der linken Uteruskante befand sich ein walnußgroßer Knoten und an dessen Spitze ein Loch, aus dem es blutete. Der Knoten wurde herausgeschnitten und erwies sich als eine interstitielle Schwangerschaft mit Bildung einer Hämatokele. Außerdem war ein Adnextumor vorhanden, der abgetragen wurde. Die fast tödliche Blutung war hervorgerufen durch die Sondierung, die durch das Schwangerschaftsprodukt hindurch ging; demnach ist die Sonde in die Tube eingedrungen. Rieck warnt vor dem Gebrauch der Sonde.

Eine 4250 *g* schwere, extrauterin entwickelte Frucht demonstrierte Dahlmann (1). Die Patientin hatte zweimal entbunden. In der ersten Schwangerschaft hatte Patientin starke Schmerzen in beiden Seiten. Im August bestanden durch 4 Wochen Leibkrämpfe. Im Oktober setzte eine 3 Wochen dauernde Blutung ein, die im November und Dezember sich durch 8 Tage wiederholte. Seit 14 Tagen hatte sie fortwährende Schmerzen im Leibe. Der Uterus wurde leer gefunden. Im Becken war der Schädel deutlich zu fühlen. Operation. Zahlreiche Darmadhäsionen. Lösung des Fruchtsackes. Die Plazenta saß dem linken Ligamentum latum breit auf. Es handelt sich also um eine anscheinend frühzeitig geplatzte Tubargravidität, die sich intraligamentär weiter entwickelt hatte.

In dem ersten Falle von Szábo (31) handelte es sich um eine wahrscheinlich übertragene Frucht in einem Sack, der eine Ausbuchtung des oberen Randes des Eileiters darstellte. Ein weiterer Fall war eine interstitielle Schwangerschaft. Die Gebärmutterhöhle lag unterhalb des Fruchtsackes. Der Gebärmuttergrund stand schief, darum entsprang der Eileiter an der normalen Seite tiefer als von der Seite der Gebärmutter, in der sich die Frucht befand. Im dritten Falle war der Eileiter geborsten, und die Frucht lag in der Bauchhöhle. Im vierten Falle war der ektopische Fruchtsack vereitert. Im zweiten Falle nahm Szábo keine Operation vor, weil die Frau selbst die geringste Blutung bei derselben kaum vertragen hätte. Einige Tage später supravaginale Amputation. Im vierten Falle wurde der Eitersack entfernt, die Patientin starb nach der Operation. Auch diese Fälle zeigen, daß es nicht gleichgültig ist, wann man die Operation unternimmt. Dieselbe ist schwieriger und gefährlicher nach eingetretener Eiterung. Der ektopische Fruchtsack soll auch nach Absterben der Frucht sofort entfernt werden.

H. Rotter (26) operierte einen Fall von ausgetragener Extrauterinschwangerschaft. Die Patientin hielt sich für im sechsten Monate schwanger. Seit 2 Wochen fühlte sie Kindesbewegungen. Es trat Blutung ein und bei der genauen Untersuchung stellte sich heraus, daß im vorderen Scheidengewölbe ein Tumor lag, welcher sich hin und wieder kontrahierte. Dies veranlaßte Rotter, an eine Extrauterinschwangerschaft zu glauben. Er erweiterte den Zervikalkanal und fand den Uterus leer. Bei der Laparotomie war der Fruchtsack mit dem Bauchfell innig verwachsen und in demselben lag eine mazerierte Frucht, die etwas über 2000 *g* schwer war. Sie ließ sich ohne Eröffnung der freien Bauchhöhle entfernen. Die Plazenta, welche an der hinteren Wand des Uterus und am Zökum saß, konnte man ohne Blutung herausholen. Der Fruchtsack ließ sich aber wegen der ausgebreiteten Verwachsungen nicht entfernen, weshalb man im unteren Wundwinkel drainierte. Glatter, fieberfreier Verlauf. Rotter betont die differentialdiagnostische Wichtigkeit des Verlaufes des Ligamentum rotundum.

M. v. Holst (6) berichtet von einer Frau, welche im Jahre 1898 eine starke Blutung hatte. Im Jahre 1900 setzte die Menstruation durch 3 Monate aus und hierauf trat nach Sturz von einer Kellertreppe eine schwache Blutung auf, welche durch

3 Wochen anhielt. Wegen Schmerzen im Leibe suchte die Patientin jetzt die Klinik auf. Rechts von der Linea alba fühlt man einen kleinen derben Tumor und im unmittelbaren Zusammenhange mit diesem einen zweifaustgroßen Tumor von sehr derber Konsistenz. Der kleine Tumor wird als ein intraligamentäres Myom angesehen, und es wird ferner wegen der Anamnese auf eine abgelaufene Extrauterinschwangerschaft geschlossen. Die Laparotomie ergibt, daß der obere Tumor ein Kystom ist, dessen Stiel gedreht ist. Der zweite Tumor ist am abdominellen Ostium der linken Tube adhärent. Er wird entfernt und es zeigt sich, daß er das verkalkte Skelett einer Frucht enthält. Es folgt eine genaue mikroskopische Untersuchung des Tumors.

Stone (30) berichtet über einen Fall von wiederholter Tubenschwangerschaft. Es handelte sich um eine 27jährige Frau, welche vor 6 Jahren wegen linkseitiger Tubarschwangerschaft operiert worden war, nunmehr über Schmerzen und Blutungen, welche 8 Wochen andauerten, klagte. Bei der Operation fand man eine rechtseitige Tubenruptur, doch war das Blut durch Adhäsionen, die von der früheren Operation her bestanden, abgekapselt. Er ist für die Entfernung der Tube in allen Fällen, da die Gefahr der Arrosion der Tube durch deziduale Zellen eine sehr große ist.

3 Fälle von wiederholter ektopischer Schwangerschaft operierte Kuppenheim (11). In allen 3 Fällen fehlten vorausgegangene Gonorrhöe wie auch Infektionsprozesse. Perimetritis und sonstige Ursachen waren gleichfalls nicht zu konstatieren. An den Ovarien fehlten auffallende Veränderungen. Dagegen konnte er manchmal starke Schlängelung des uterinen Teiles der Tube konstatieren. Man könnte wohl an eine derartige angeborene oder vielmehr aus der infantilen in die spätere Entwicklungsperiode hinübergenommene Disposition der Tube zu abnormer Eiinsertion denken. Zwischen den Extrauterinschwangerschaften kam keine normale Schwangerschaft vor, und lagen Intervalle von $1^1/_2$, 3 und 4 Jahren. Findet man bei der Operation die Tube der gesunden Seite stark geschlängelt, abnorm oder erkrankt, so sollte man sie mitentfernen. Aus diesem Grunde ist es besser, die Laparotomie vorzunehmen.

Bei einer Patientin Laurells (13) wurde wegen eines frühen Tubenabortes mit Hämatokelenbildung operiert, und man fand beide Tuben schwanger. Die Chorionzotten waren in beiden Tuben in gleichem Maße entwickelt und degeneriert, weshalb Laurell der Ansicht ist, daß die Schwangerschaften gleich alt waren.

Bei einer Patientin Jarzews (7) waren die Menses einmal ausgeblieben. Bei der Kolpotomie fiel ein Fötus von 1 *cm* Länge heraus. Man fand zwischen einem Dermoid und dem Uterus ein Gerinnsel, auf der anderen Seite war eine Zyste vorhanden. Jarewski glaubt an eine primäre Bauchhöhlenschwangerschaft, weil die Tube normal aussah. (Die Tube wurde nicht entfernt, also auch nicht untersucht, weshalb die Diagnose sehr anzuzweifeln ist. D. Ref.)

Bei einer 21jährigen Nullipara entfernte Lovrich (15) einen Fruchtsack mit einer 47 *cm* langen mumifizierten Frucht. Weder an dem Fruchtsacke noch an der Haftzelle der Plazenta waren Tuben- oder Ovarialelemente nachzuweisen. In den Hüllen der Geschwulst fand man einen Drüsengang, der mit Zylinderepithel ausgekleidet war. Der Gang hatte Ähnlichkeit mit einer Tube, und da sehr viel Muskulatur ihn auskleidete, wurde er für eine Nebentube gehalten. Es handelte sich also um eine Gravidität in einer Nebentube.

Gleichzeitige extra- und intrauterine Gravidität beobachtete P. Schuhmacher (27). Im ersten Falle hatte die Frau 14 normale Entbindungen und einen Abortus durchgemacht. Derzeit glaubte man neben dem graviden Uterus ein Myom oder einen

Ovarialtumor zu tasten. Es ging aber ein Abortus im zweiten Monate ab, worauf man die Laparotomie ausführte und rechts vom Uterus einen kindskopfgroßen blauschwarzen Tumor entfernte, welcher eine Tubengravidität war.

Aus fremdsprachiger Literatur.

Bericht über die niederländische geburtshilflich-gynaekologische Literatur des Jahres 1907.

(2. Hälfte.)

Von Dr. **Catharine van Tussenbroek** (Amsterdam).

1. Nijhoff, Vaginale Sectio caesarea bij Eclampsie en bij Placenta praevia. (Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde, 1907, II, Nr. 3.) Zwei Fälle von Placenta praevia; beide Mütter und beide (ausgetragene) Kinder gesund entlassen. Ein Fall bei Eklampsie. Kind 1010 *g*, tot. Mutter nach 2 Tagen aus Koma erwacht. Die vaginale Sectio caesarea ist im Begriff, Operation der Wahl zu werden bei schweren Fällen von Eklampsie während der Schwangerschaft und beim Anfang der Geburt. Bei Placenta praevia verspricht die Operation gute Resultate für das Kind. Im Interesse der Mutter greife man beim Beginn der Eröffnungsperiode ein.

2. Van de Velde, Het voorkomen van Blastomyceten by ziekten van de vrouwelijke Geslachtsorganen (Blastomyzeten bei Krankheiten des weiblichen Genitalapparates). (Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde, 1907, II, Nr. 11.) Hefezellen kommen nie im gesunden, oft im kranken Genitalapparat vor. Der Befund ist häufig bei akuten Entzündungen der Schleimhäute von Zervix, Vagina und Vulva, auch bei akuten Exazerbationen von chronischen Entzündungen dieser Schleimhäute, besonders solchen von gonorrhoischem Ursprung. In den chronischen Fällen war es schwierig, einen ätiologischen Zusammenhang zwischen Hefezellen und Krankheit einwandfrei zu beweisen. In 9 von den 10 akuten Fällen war dieser Beweis leicht zu erbringen. Nicht nur, daß die Krankheitssymptome synchron waren mit dem Auftreten und Verschwinden der Hefezellen und daß die Salizyltherapie sich als spezifisch erwies, sondern die Blastomyzeten zeigten sich bei Impfversuchen auf den Genitalapparat des Kaninchens pathogen. In zwei Fällen litten die Ehemänner der Patientinnen an Balanitis und es gelang, aus den über der Glans verbreiteten kleinen Pustulae Hefezellen in Reinkultur zu züchten. Als Infektionsquelle ergab sich das zu Vaginalirrigationen benutzte Spülwasser, welches Blastomyzeten derselben Gattung enthielt. In einem Falle konnten bei einer mehrere Male rezidivierenden Mastitis jedesmal Blastomyzeten in der Milch gefunden werden, während dieselbe außerhalb der Anfälle steril war. Das Kind bekam bei jedem Anfalle grünen Stuhl, in welchem zahllose Hefezellen gefunden wurden. Nachher kam die Patientin mit akuter Entzündung des Genitalapparates und es konnten aus dem Sekret dieselben Blastomyzeten gezüchtet werden, welche bei der Mastitis ge-

funden wurden. In einem anderen Falle war die Infektion wahrscheinlich vom Darmkanal ausgegangen (chronischer Darmkatarrh mit zahllosen Blastomyzeten im Stuhl). Bisweilen dringen die Blastomyzeten tiefer ein. So wurden sie gefunden 1. im Blut einer an Puerperalfieber erkrankten Frau, welche der Krankheit erlag; 2. in multiplen Abszessen der Gebärmutter bei einer Patientin, bei welcher wegen Blutungen, Schmerzen und Fieber der Uterus exstirpiert wurde; 3. in zwei Fällen von Saktosalpinx, in welchen der Inhalt der Säcke Blastomyzeten enthielt, doch sich übrigens steril erwies; 4. in der freien Peritonealhöhle bei Peritonitis, welche sich im Anschluß an die Exstirpation eines verjauchten Gebärmutterkarzinoms entwickelt hatte. Die Untersuchungen sind noch nicht abgeschlossen.

3. Geyl, Melkafscheiding nit de okselholte by kraamvroumen tengevolge van het functionneeren van een rudimentair mammairorgan (Milchsekretion bei Puerperae aus einem rudimentären Mammaorgan der Achselhöhle). (Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde, 1907, II, Nr. 20.) Ausführliche theoretische Betrachtungen über das Vorkommen von rudimentären Mammae in der Achselhöhle. Es sind diese Glandulae als atavistische Bildungen aufzufassen. Was die Genese der Mamma betrifft, nimmt Verfasser, im Anschluß an mehrere Untersuchungen der Neuzeit, Stellung gegen die Theorie von Gegenbauer, welche die Brustdrüse mit den Talgdrüsen in genetischen Zusammenhang bringt. Geyl findet in der Struktur der milchsezernierenden Achseldrüse Argumente für die Theorie, daß die Milchdrüse zwar nicht aus einer ausgebildeten Schweißdrüse entstanden sei, sondern sich in divergenter Entwicklung mit dieser aus einer gemeinschaftlichen tubulösen Drüse gebildet hat. Die sogenannten großen Schweißdrüsen der Achselhöhle vergegenwärtigen eine rudimentäre Milchdrüse, welche unter Umständen sich zu einem funktionierenden Organ zu entwickeln vermag. Was die phylogenetische Deutung der Achselbrustdrüse betrifft, sei Rechnung zu halten mit den neuen Anschauungen über den Stammbaum des Menschen, welche in den Untersuchungen von Hubrecht begründet sind.

4. Jonges, Pathogenie van het Skoliose-bekken. (Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde, 1907, II, Nr. 21 u. 22.) Ausführlicher Aufsatz, eignet sich nicht für ein kurzes Referat. Die Veränderungen an der am meisten belasteten Beckenhälfte werden aus der größeren Belastung, die Veränderungen an der weniger belasteten Hälfte aus der abnormalen Muskelentwicklung erklärt.

5. Mendes de Leon, Bydrage tot de Aetiologie en de Pathogenese der Vulvovaginitis infantum. (Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde, 1907, II, Nr. 23.) Gestützt auf mikroskopische Untersuchungen des Sekretes — das Kulturverfahren zeigte sich weniger ersprießlich — unterscheidet Mendes de Leon nebst einer gonorrhoischen Form der Vulvovaginitis infantum eine zweite, nicht gonorrhoische Form, welche er als katarrhale bezeichnet. Bei der katarrhalischen Form konnte meistens der Staphylokokkus aureus nachgewiesen werden. Es gelang in einigen Fällen, mit diesem Staphylococcus beim Kaninchen eine Vaginitis zu erzeugen. Nur in einem Falle konnte im Sekrete dieser experimentell erzeugten Vaginitis der Staphylokokkus wiedergefunden werden. Staphylokokken fanden sich nur in Ausnahmsfällen in dem Genitalapparat gesunder Mädchen. Aus obigem Befund zieht Verfasser den Schluß, daß bei der nicht gonorrhoischen Vulvovaginitis infantum dem Staphylokokkus eine ätiologische Rolle zukommt und daß auch die katarrhalische Vulvovaginitis als infektiös bezeichnet werden muß. Was die Therapie anbelangt, befürwortet Mendes de Leon bei der gonorrhoi-

schen Form das Chlorzink (Irrigationen $1/2\%$), bei der katarrhalischen Form Reinlichkeit und Seebäder und, wenn eine lokale Therapie sich notwendig erweist, Acid. boric. oder Sulph. zinc. $1/2$—1%.

6. Nijhoff, Een geval van septischen Abortus. (Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde, 1907, II, Nr. 24.) Septischer Abortus. Am dritten Tage Schüttelfrost, Temperatur 40·4, Puls 140. Überführung nach der Klinik. Narkose. Ei mit dem Finger, Decidua vera mit dem Abortuslöffel entfernt. Bald nachher abermals Schüttelfrost. Temperatur 40·7, Puls 144. Nächsten Tag Temperatur normal, Puls gebessert. Glatte Heilung. Nijhoff glaubt, es handelte sich um einen kriminellen Abort, bei welchem nur das Ei, nicht aber die Gebärmutterwand durch ein nichtaseptisches Instrument verletzt worden war. In solchen Fällen verspricht die baldige und vollkommene Entfernung des infizierten Eies eine schnelle und vollkommene Genesung.

7. Nijhoff, Phimosis bij de vrouw. (Nederl. Tijdschr. v. Geneeskunde, 1907, II, Nr. 26.) Wenn das Praeputium clitoridis sich nicht über die Glans zurückschieben läßt, kann man bei der Frau von Phimosis sprechen. Dieselbe wird verursacht durch Verklebungen zwischen Glans und Präputium oder durch eine zu enge Öffnung der Vorhaut (echte Phimosis). Irritationserscheinungen an der Vulva, Störungen bei dem Koitus, auch Enuresis nocturna können die Folgen sein. In solchen Fällen sei von der Zircumzision Heilung zu erwarten.

8. Nijhoff, Gemakkelyke en moeilijke keeringen. (Medische Revue, Juli 1907.) Ausführliche Besprechung der Technik der Wendung durch innere Handgriffe, mit Beleuchtung der Schwierigkeiten, welche dabei vorkommen können.

9. Nijhoff, Het ontijdig loslaten der Placenta (vorzeitige Lösung der Plazenta). (Medische Revue, Dezember 1907.) Nijhoff bespricht zuerst die physiologische Plazentalösung. Daß die Plazenta sich im allgemeinen erst nach der Geburt des Kindes löst, hängt von zwei Umständen ab: 1. daß die Plazenta bis auf eine gewisse Höhe der Verkleinerung ihrer Haftfläche während der Austreibung des Kindes folgen kann, und 2. daß die Haftfläche der Plazenta sich bei den Kontraktionen weniger verkleinert als der übrige Teil der Gebärmutter. Anders verhält sich die Sache bei der vorliegenden Plazenta. Diese sitzt an dem Teil der Gebärmutter fest, welcher bei den Wehen ausgereckt wird. Sie kann dieser Ausreckung nicht folgen und wird vor der Austreibung des Kindes teilweise gelöst, wobei die klaffenden Uteringefäße bluten. Bei der vorzeitigen Lösung der normal inserierten Plazenta sind wieder ganz andere Faktoren wirksam, welche zum Teil noch unaufgeklärt sind. Traumata, Nephritis, Endometritis können nur in einem Teil der Fälle nachgewiesen werden. Die Erklärung von dem Symptomenkomplex: innere Blutung, Plazentalösung und Vergrößerung des Umfanges der Gebärmutter ist nicht ganz so einfach als sie scheint. Besonders schwierig zu beantworten ist die Frage, ob das primäre Moment in Lösung der Plazenta oder in retroplazentärer Blutung liegt. Für die Prognose wie für die Therapie ist es wichtig, zwei Kategorien von Fällen zu unterscheiden. Die erste Gruppe kennzeichnet sich durch stark gespannte Eihäute und durch das Bestehen von Uteruskontraktionen. Wenn auch das Kind in der Regel abstirbt, so ist die Prognose für die Mutter hier weniger schlecht. Jede Therapie, welche bezweckt, die Geburt zu beschleunigen (Vaginaltamponade, Blasensprung, Erweiterung des Gebärmuttermundes), verspricht hier guten Erfolg. Anders steht es bei der zweiten Gruppe. Hier läßt jede Therapie im

Stich, weil die atonische Gebärmutter nicht in Arbeit zu bringen ist und auch nach der künstlichen Entleerung die Wehentätigkeit versagt. Selbst bei Sectio caesarea droht hier atonische Nachblutung, und nur die Porrooperation hat bisweilen das Leben der Frau retten können. Nijhoff betont die Notwendigkeit, alle Frauen, welche in der zweiten Schwangerschaftshälfte an Blutungen leiden, in einer geburtshilflichen Klinik unterzubringen, auch wenn sich keine Placenta praevia nachweisen läßt.

10. Van de Poll, Rust in het Kraambed (Ruhe im Wochenbett). (Medisch Weekblad Nr. 28, 29, 30, 31, 1907.) Im Anschluß an Küstners Vortrag in der Deutschen Gesellschaft für Gynaekologie, 1899, gibt van de Poll ein Sammelreferat über die Frage des Frühaufstehens im Wochenbett. Daraus ergibt sich, daß in allen Zeiten und bei den verschiedensten Völkern über die Ruhe im Wochenbett die weitgehendsten Meinungsdifferenzen bestanden haben. Van de Poll wünscht eine systematische Untersuchung, wobei obstetrische Klinik und obstetrische Praxis außer der Klinik einander ergänzen, damit endlich wohlbegründete Regeln für die Leitung des Wochenbettes festgestellt werden können. Besonders hat man dabei auch die Frage nach der Entstehung der Prolapse ins Auge zu fassen.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Gynaekologie.

Berkeley and Bonney, On the Radical Abdominal Operation for Carcinoma of the Cervix (Wertheims). Brit. Med. Journ., Nr. 2492.
Shadowsski, Zur Kasuistik der Uterusperforationen mit Darmverletzung. Zentralbl. f. Gyn. Nr. 41.
Rebaudi, Eierstock, Corpus luteum und Langerhanssche Zellinseln. Ebenda.
Stratz, Inversio vaginae mit Enterokele nach vaginaler Uterusexstirpation. Ebenda.
Schwab, Die Resorptionsfähigkeit der Scheide, spez. für Tuberkulin. Ebenda.
Schultz, Großes Bauchdeckenfibrom. Ebenda.
Weinberg, Ein Fall von Totalexstirpation aus seltener Indikation. Ebenda.
Henrich, Über einen Fall von Uterus- und Tubentuberkulose in Verbindung mit Myom. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXVIII, H. 4.
Frankenstein, Über klinische Erfahrungen mit der Vaporisation. Ebenda.
Gallant, Vaginoureterostomy After Nephrectomy. Med. Rec., Nr. 1177.
Mayer, Über Sterilität. Volkm. Samml. klin. Vortr., Nr. 184.
Luxardo, Contributo allo studio dei leio-mio-fibromi dell' ovaio concomitanti a gravidanza. La Clinica Ostetr., Nr. 18.
Zimmermann, Zur Symptomatologie der entzündlichen Frauenkrankheiten und Lageveränderungen der Gebärmutter. Inaug.-Dissert., München, September.
Fleischmann, Unerwartete Rezidivfreiheit nach unvollständiger Operation des Gebärmutterkrebses. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 43.
Heinsius, Ein gynaekologischer Universaloperations- und Untersuchungstisch. Der Frauenarzt, Nr. 9.
Jayle, Résultats immédiats et éloignés de l'hystérectomie pour cancer de l'utérus. Revue de Gyn., Nr. 5.
Boshouwers, Infection staphylococcique des organes génitaux. Ebenda.
Cranwell, Les hernies inguinales de l'utérus. Ebenda.
Zanfrognini, Isterectomia vaginale per tubercolosi caseosa utero-annessiale e papillomatosa del collo. La Ginecol. Moderna, Nr. 8.

Zurhelle, Zur Thrombosenprophylaxe. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 43.
v. Herff, Sind Quellstifte so notwendig? Ebenda.
West, Vesico-Vaginal Fistula with Complications. The Post-Graduate, Nr. 9.
Dorland, Perithelial Sarcoma of the Uterus. The Journal of The Amer. Med. Assoc., Nr. 15.
Soli, Trois cas de lacération périnéale complète traités avec le procédé Simpson-Vicarelli. Annales de Gyn. et d'Obst., Oktober.
Duse, Contribuzione all' oncologia dell' utero. Annali di Ostetr. e Ginecol., Nr. 9.
Tonelli, Contributo allo studio dei fibromiomi uterini. La Rass. d'Ostetr. e Ginecol., Nr. 10.
Eisenstein und Hollós, Tuberkulose und Menstruation. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 44.
Straßmann, Wann und auf welche Weise ist die Rückwärtslagerung der Gebärmutter zu behandeln? Berl. klin. Wochenschr., Nr. 44.
Waldo, The Use and Abuse of the Uterine Curette. The Internat. Journ. of Surg., Nr. 10.
Schenck, Fibromyomata of the Uterus and Anemia. The Journ. of the Amer. Med. Assoc., Nr. 17.
Grasmueck, Ein Fall von polypösem Eierstockskystom. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 45.
Uthmöller, Operation eines Mastdarmprolapses nach Rehn-Delorme. Ebenda.
Parenago, Ein Fall von Aplasie des Uterus und der Vagina. Wratschebnaja Gazeta, Nr. 42.
Adler, Das Biersche Verfahren in der Gynaekologie. Pester med. Wochenschrift, Nr. 45.
Simpson, Uterine Fibroids. Edinburgh Med. Journ., Nr. 5.
Rossi Doria, Über das Alter der ersten Menstruation in Italien und über ein Verhältnis, welches zwischen demselben und der Entwicklung des Beckens besteht. Arch. f. Gyn., Bd. 86, H. 3.
Theilhaber und Meier, Zur Anatomie, Pathologie und Therapie der chronischen Endometritis. Ebenda.
Offergeld, Über die Metastasierung des Uteruskarzinoms in das Zentralnervensystem und die höheren Sinnesorgane. Zeitschr. f. Geb. und Gyn., Bd. 63, H. 1.
Klinger, Adenoma malignum portionis uteri. Ebenda.
Garkisch, Tuberkulöse Corpus luteum-Zyste. Ebenda.
Alexandroff, Über kühle vaginale Irrigationen. Wratschebnaja Gazeta, Nr. 43.

Geburtshilfe.

Sorabji, A Case of Ruptured Uterus. The Lancet Nr. 4439.
Mykertschiantz, Zur Frage über die Komplikation der Fibromyome mit Gravidität. Wratschebnaja Gazeta Nr. 38.
Sfameni, Die Placenta marginata und ihre Entstehung. Beilageheft z. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXVIII.
Berthaut, Le mécanisme de l'accouchement physiologique et le fonctionnement du forceps Tarnier. Arch. Génér. de Méd. Nr. 9.
Dührssen, Der vaginale Kaiserschnitt in der Praxis. Münchener med. Wochenschr., Nr. 40.
Baumm, Zur Behandlung der Nachgeburtsperiode. Med. Klinik, Nr. 41.
Hoffstetter, Schwangerschaft kompliziert mit Uteruskarzinom. Ebenda.
Sinclair, On Pregnancy, Parturition, and the Puerperium after Ventrifixation. The Lancet Nr. 4440.
Stenglein, Nierendekapsulation bei Eklampsie. Inaug.-Diss., Breslau 1908.
v. Fellenberg, Zur Armlösung nach A. Mueller. Korr.-Bl. f. Schweizer Ärzte, Nr. 19.
Steudemann, Altersbild und geburtshilfliche Komplikationen. Inaug.-Dissert., München, August.
Steinemann, Eklampsie ohne Krämpfe. Inaug.-Dissert., München, September.
Hannes, Placenta praevia: Hystereuryse oder Braxton Hicks? Zentralbl. f. Gyn., Nr. 42.
Kleinertz, Über Geburten im Skopolamin-Morphium-Dämmerschlaf. Ebenda.
Ballerini, Il bicloruro di mercurio, il collargolo, lo zimargolo nella cura delle infezioni puerperali. L'Arte Ostetr., Nr. 18.
Warren, Some Comments on Dr. Reynolds Paper „The Superiority of Primary Over Secondary Section". The Amer. Journ. of Obst., Oktober.
Pollak, Report of Fourteen Cases of Cesarean Section. Ebenda.
Klotz, Infarction of Renal Cortex in Pregnancy. Ebenda.
Cumston, Ovariotomy During Pregnancy. Ebenda.
Taussig, The Causes of Abortion. Ebenda.

Gaifami, A proposito di un caso di mola vescicolare ed ematomatosa espulsa dopo 17 mesi di amenorrhea. Annali di Ostetr. e Ginecol., Nr. 8.
Pisano, De la macerazione dei feti nell' utero. Ebenda.
Buzzoni, Sopra un caso di feto mostruoso. L'Arte Ostetr., Nr. 19.
Urso, Rottura d' utero. Ebenda.
Valdagni, Qualche considerazione intorno alla cardiopatia come complicazione della gravidanza. La Clin. Ostetr., Nr. 19.
Luxardo, Contributo allo studio dei leio-mio-fibromi dell' ovaio concomitanti a gravidanza. Ebenda.
Varaldo, Mola vescicolare in gravidanza bigemina e degenerazione vescicolare parziale della placenta. La Ginecol. Moderna, Nr. 8.
Henkel, Prognose und Behandlung der puerperalen Infektion. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 45.
Nicholson, Report of a Case of Abdominal Pregnancy Interstate. Med. Journ., Oktober.
Schloßstein, Instrumental Uterine Perforation. Ebenda.
Mirto, Considerazioni sull' eziologia dell' eclampsia con speciale riguardo a ricerche sul rapporto tra il peso della placenta e quello del feto. Annali di Ostetr. e Ginecol., Nr. 9.
Soldà, Influenza della macerazione fetale sull' andamento del puerperio in rapporto all' infezione. La Rass. d' Ostetr. e Ginecol., Nr. 10.
Brown and Swahlen, Traumatic Rupture of the Uterus and Bladder During Labor at Full Term. The Journ. of the Amer. Med. Assoc., Nr. 17.
Grad, Hyperemesis during the Gravid State in Two Successive Pregnancies. New York Med. Journ., Nr. 17.
Hofbauer, Für die plazentare Theorie der Eklampsieätiologie. Zentralblatt f. Gyn., Nr. 45.
Uthmöller, Versuch eines extraperitonealen Kaiserschnittes nach Sellheim. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 45.
Engelmann, Über Abortbehandlung. Med. Klinik, Nr. 45.
Schauta, Über Geburtshilfe in Anstalten und außerhalb derselben. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 45.
Pistolese, Considerazioni ostetriche intorno ad un caso di utero doppio bicorne bicolle. Arch. Ital. di Ginecol., Nr. 8.
Gioelli, Infezioni puerperali, studio bacteriologico clinico in rapporto all' eziologia e terapia. Arch. Ital. di Ginecol., Nr. 9.
Reifferscheid, Die Behandlung der Eklampsie. Wiener med. Wochenschr., Nr. 45.
Green, A Case of Coincident Tubal and Intrauterine Pregnancy. The Boston Med. and Surg. Journ., Nr. 18.
Zweifel, Der Scheideninhalt Schwangerer. Arch. f. Gyn., Bd. 86, H. 3.
Henkel, Die Therapie der Placenta praevia. Ebenda.
Schatz, Wann tritt die Geburt ein? Ebenda.
v. Franqué, Zur Indikationsabgrenzung zwischen extraperitonealem Kaiserschnitt, Totalexstirpation nach Kaiserschnitt und Schambeinschnitt. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 63, H. 1.
Henkel, Zur Ätiologie der puerperalen Wundinfektion. Ebenda.
Höhne, Die Hypoplasie der Tuben in ihrer Beziehung zur Extrauteringravidität. Ebenda.

Aus Grenzgebieten.

Hörmann, Das Bindegewebe der weiblichen Geschlechtsorgane. Arch. f. Gyn., Bd. 86. H. 2.
Colorni, Il metodo di Bier e di Budin nella cura delle varie forme di mastite puerperale. Annali di Ostetr. e Gin. Nr. 7.
Ballerini, Di una supposta funzione amilogenetica della placenta. Ebenda.
Greiffenberg, Ectopia cordis subthoracica bei lebendem Kinde. Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. 72, H. 3.
Schwab, Ein Beitrag zum hysterischen Fieber. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXVIII. H. 4.
Góth, Fibroma multiplex cutis bei einer Schwangeren. Ebenda.
Colorni, Malattie delle mammuelle e del bambino in relazione con l' allattamento. Lucina. Nr. 10.
Popoff, Frauenherz und Klimax. Ther. der Gegenwart, Nr. 10.
Kaempf, Untersuchungen über den Gehalt an Zucker im Blute normaler schwangerer und gebärender Frauen. Inaug.-Dissert., September 1908.

Fischer, Geschichte der Geburtshilfe in Wien. Franz Deuticke, Leipzig und Wien 1909.
v. Herff, Sophol. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 42.
Grosser, Vergleichende Anatomie und Entwicklungsgeschichte der Eihäute und der Plazenta. W. Braumüller, Wien und Leipzig, 1909.
Schauta, Über Bau, Einrichtung und Ziele der neuen Frauenkliniken. Wiener klin. Wochenschr., Nr. 43.
v. Rosthorn, Antrittsvorlesung. Ebenda.
Fischer, Fünfzig Jahre gynaekologische Klinik. Ebenda.
Fischer, Der Begründer der modernen Geburtshilfe. Ebenda.
Bossi, Il passato ed il presente della Ginecologia, e l'indirizzo scientifico, clinico e sociale della scuola di Genova. La Ginecol. Mod., Nr. 7.
Rebaudi, Un rapido sguardo all' Istituto Ostetrico-Ginecologico della R. Università di Genova. Ebenda.
Rebaudi, Il primo intervento operativo eseguitosi nella nuova aula-anfiteatro dell' Istituto Ginecologico Genovese. Ebenda.
Robb, An Experimental Study on Hemorrhage Following Section of the Uterine and Ovarian Vessels in Dogs and Its Possible Bearing on Ruptured Pregnancies. The Amer. Journ. of Obst., Oktober.
Royer, Vincents Angina During Pregnancy. Ebenda.
Coston, Report of a Case of Ichthyosis Fetalis. Placenta and Membranes Involved. Ebenda.
Jackson, Criminal Abortion. Ebenda.
Lotze, Über unsere bisherigen Erfahrungen mit der Handtuchnarkose nach Frankenstein. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 43.
Müller, The Relations of the Female Reproductive Organs to Internal Diseases. The Amer. Journ. of the Med. Science., Nr. 438.
Lieven, Vakzineübertragung auf die Vulva. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 43.
Renvall, Über Appendizitis während Schwangerschaft und Geburt. Berlin 1908. S. Karger.
Taussig, The Development of the External Genital Organs of the Female with Especial Reference to the Hymen. Interstate Med. Journ., Oktober.
Branca, Recherches sur la vésicule ombilicale de l'homme. Ann. de Gyn. et d'Obst., Oktober.
Valdagni, Qualche considerazione intorno alla cardiopatia come complicazione della gravidanza. La Clinica Ostetr., Nr. 20.
Birnbaum und Thalheim, Untersuchungen über die chemische Zusammensetzung der Myome und der Uterusmuskulatur. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Nr. 5.
Schaffer, Über Bau und Funktion des Eileiterepithels beim Menschen und bei Säugetieren. Ebenda.
Alexandroff, Ein Fall von Hyperemesis gravidarum kompliziert mit einer Korsakoffschen Psychose. Ebenda.
Ulesko-Stroganoff, Zur Frage von dem feinsten Bau des Deziduagewebes, seiner Histogenose, Bedeutung und dem Orte seiner Entwicklung im Genitalapparate der Frau. Arch. f. Gyn., Bd. 86, H. 3.
Higuchi, Über die Resorptionsfähigkeit der Schleimhaut der Vagina und des Uterus. Ebenda.
Konrad, Was ergeben die bei Tieren angestellten Mischinfektionsversuche mit Scheiden- und Lochialsekret? Ebenda.

Personalien und Notizen.

(Personalien.) **Gestorben:** Dr. Turner Anderson, Professor an der Universität Louisville.

(Zeitschrift für gynaekologische Urologie.) Unter diesem Titel gelangte kürzlich das erste Heft einer neuen Zeitschrift zur Ausgabe, welche sich das Ziel setzt, „die urologische Tätigkeit der Gynaekologen gewissermaßen zu zentralisieren". Das erste Heft enthält Arbeiten von Franz, Baisch, Mirabeau, Henckel, Stoeckel und Knorr. Herausgeber des neuen,

in zwangslosen Heften erscheinenden Organs ist Professor Dr. W. Stoeckel in Marburg a. d. L., den Verlag hat Johann Ambrosius Barth in Leipzig übernommen.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: **Dr. Oskar Frankl.**

(Vaginol.) Im „Frauenarzt", Heft 7, berichtet Braun über seine Erfolge bei Behandlung infektiöser und katarrhalischer Affektionen des weiblichen Genitaltraktes mit Hydrarg. oxycyanat-Sozojodol-Alumnol-Gelatin-Scheidenzäpfchen, Vaginol, der Austria-Apotheke in Wien. Der Verfasser spricht zuerst über das Gutachten des k. k. Wiener hygienischen Institutes, welches die Desinfektionskraft der Vaginolmasse mehr als 10mal so stark fand wie die einer 1% Karbolsäurelösung, er erwähnt ferner die zahlreichen Heilungen, selbst bei Infektionen schwerster Natur, welche Piket seinerzeit veröffentlichte und geht dann auf seine eigenen Versuche über. Zunächst beschreibt er 8 Fälle von Fluor alb. mit Vaginitis und Vulvitis ohne jede Spur von gonorrhoischer Infektion, also rein katarrhalische, entzündliche Prozesse, von denen 6 bei Vaginolbehandlung glatte Heilung, 2 bedeutende Besserung ergaben. Von gonorrhoischen Infektionen berichtet der Verfasser in 15 Fällen, teils frischen, teils älteren Erkrankungen, wobei sowohl die hohen bakteriziden und desinfizierenden Eigenschaften des Mittels wie seine adstringierende Kraft und sekretvermindernde Wirkung gewöhnlich in 4—6 Wochen gänzliche Heilung oder doch weitgehende Besserung brachte. Als Infektionsprophylaktikum bewährte Vaginol sich in einwandfreier Beobachtung, glänzend bei einem ziemlich frisch infizierten Manne, dessen Frau bei ständigem Vaginolgebrauch völlig von Ansteckung verschont blieb.

Herausgeber, Eigentümer und Verleger: **Urban & Schwarzenberg.**

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

GYNAEKOLOGISCHE RUNDSCHAU.

ZENTRALORGAN
FÜR
GEBURTSHILFE UND FRAUENKRANKHEITEN.

II. Jahrg. **1908.** **24. Heft.**

Original-Artikel.

Über Atresia vaginae mit Hämatometra, Hämatosalpinx und Hämatovarium, mit Einschluß einer Übersicht der in den letzten zwanzig Jahren veröffentlichten Literatur betreffend die Blutretentionstumoren.

Von Prof. **Abram Brothers,** B. S. M. D., New-York.

(Mit 1 Figur.)

Am 26. November 1907 lud mich ein Kollege ein, Fräulein L. A. zu untersuchen. Sie gab folgende Anamnese an:

Trotzdem sie 21 Jahre alt war, hatte sie nie menstruiert. Vom Alter von 17 Jahren an pflegte sie an einem in die untere Abdominalgegend verlegten stumpfen Schmerz zu leiden, der einmal in vier Wochen sehr heftig wurde und so fünf Tage anzuhalten pflegte. Ihre letzte menstruelle Krisis verursachte ihr weniger Leiden wie gewöhnlich. Seit einiger Zeit hatte sie eine stufenweise Vergrößerung des Abdomens bemerkt. Sowohl in der Vergangenheit der Patientin wie auch in der ihrer Familiengeschichte war nichts anamnestisch wertvolles zu verzeichnen.

Patientin war ziemlich gut ernährt, obwohl etwas anämisch. Die Mammae waren gut entwickelt, aber der Haarwuchs schien überall auf dem Körper und den Extremitäten reichlicher als normal zu sein. Das Abdomen zeigte eine Erhabenheit, welche, wie es die Palpation ergab, die ganze rechte Seite und die Hälfte der linken ausfüllte. Der obere Rand dieser Geschwulst erstreckte sich bis über die Nabelgegend und zeigte dem Nabel entsprechend einen ausgesprochenen Sulkus. Die Geschwulst fluktuierte und die Perkussion derselben ergab einen gedämpften Ton. Die äußeren Genitalien waren normal; ebenso der Mons veneris. Die Klitoris war klein und deren Präputium ging ununterbrochen in die kleinen Labien über; die letzteren erstrecken sich nach unten nur auf eine kurze Strecke. Das ganze Spatium interlabiale war von einem ungefähr $^1/_2$ Zoll langen Schlitz eingenommen, welcher das Orificium urethrale darstellte. Darunter ein dickes rötliches Gewebe, welches sich in die Haut des Perineum fortsetzte und dessen Länge weniger wie einen Zoll betraf. Hymen und Scheide waren durch nichts angedeutet. Der kleine Finger konnte leicht die Urethra in eine weite Blase passieren, woselbst man die fluktuierenden Tumoren tastete. Bei der Untersuchung mittelst des Zeigefingers im Rektum und des Katheters in der Blase spürte man eine dünne Abteilung, welche die Stelle der Vagina bezeichnete. Es war nichts zu palpieren, das einem Strange ähnlich wäre. Zwei Zoll tiefer konnte man eine Härte wahrnehmen, welche die Zervix vorstellte, die darüber in die obere Geschwulst überzugehen schien. Diagnose: fehlende Vagina und Blutretention im Uterus und in den rechten Adnexen.

Drei Tage später wurde Patientin in Narkose noch einmal untersucht, wobei sich folgendes ergab: Die rechtseitige Geschwust war von runder Form und erstreckte sich bis in die Lebergegend. Die obere Grenze der Geschwulst ging in der Mittellinie unter dem Nabel in eine zweite Geschwulst über, welche, wie es sich durch die kombinierte rektale

und abdominale Palpation zeigte, der vergrößerte Uterus war. Die Dicke der Abteilung zwischen Blase und Rektum wurde auf $^1/_8$ Zoll abgeschätzt. Ein Versuch, von unten her zu operieren, war undenkbar.

Ein 5 Zoll langer, longitudinaler Schnitt in der Mittellinie der Abdominalhaut zeigte eine Diastasis der Musculi recti im oberen Teile der Operationswunde. Nach Eröffnung des Peritoneums sah man eine große, runde, kopfgroße Geschwulst, die einer gewöhnlichen, großen, unilokulären Ovarialzyste ähnlich war. An der linken Seite der Inzision, in der Abdominalwand, konnte man den Urachus sehen und nach unten hin bis zu seiner Insertion an der Blase, unter dem Beckensaume, verfolgen. In der linken Beckenseite fühlte man eine ausgedehnte Tube mit einer oder zwei Abteilungen, einem orangengroßen Ovarium adhärierend. Mehrere Bläschen und peritoneale Adhäsionen rings um diese Tube und dieses Ovarium ließen eine frische und eine alte Pelveoperitonitis vermuten. Es war kein freies Blut in der Peritonealhöhle zu konstatieren. Der Uterus fühlte sich etwas morsch an und reichte bis zur Höhe des Nabels. Die rechte, verlängerte Tube hatte am unteren Ende die Dicke des kleinen Fingers; sie lag quer vor der großen rechtseitigen Geschwulst, von welcher sie sich zuerst ziemlich gut unterscheiden ließ, verlor sich aber nach rechts hin vollständig in das Gewebe des Tumors. Beide Ligamenta rotunda, obwohl etwas verdickt, nahmen ihre normale anatomische Lage ein. Ein kleinfingerdickes, strangartiges Gebilde, das sich hinter der rechtseitigen großen, kugeligen Geschwulst befand, verhinderte das Herausheben dieser letzteren aus der Wundöffnung. Sonst waren die Adhäsionen auf dieser Seite in geringer Zahl und befanden sich nur im unteren Teile des Operationsfeldes.

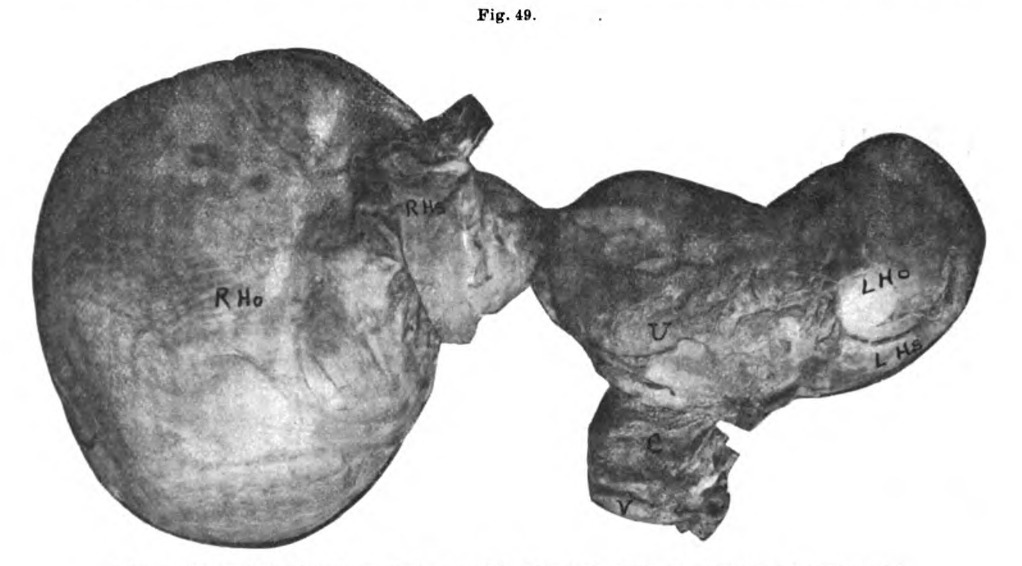
Ein Schnitt durch das letztbeschriebene Band, welches von der hinteren Oberfläche der Geschwulst zum Peritoneum posterius parietale ging, erlaubte die letztere teilweise zu befreien. Während der Zerlegung der hinteren und ganz unteren Adhäsionen wurde die Wand der Geschwulst an einem Orte zerrissen, von wo aus, bis eine Zange die Öffnung schließen konnte, ungefähr ein Liter einer schokoladenbraunen Flüssigkeit ohne Gerinnsel in die Bauchhöhle eindrang. Die Geschwulst, die noch ungefähr dieselbe Menge Blut enthielt, wurde rasch am Pedunkulus mit Zangen gefaßt, die dann später durch Ligaturen ersetzt wurden, und herausgeschnitten. Das Abdomen wurde nun sorgfältig mit Gaze ausgewischt und alles von neuem wieder betrachtet. Das Aussehen der linken Adnexe berechtigte eine vollständige Exstirpation derselben. Der Uterus konnte nur unter einer der folgenden Bedingungen geschont werden: 1. Die Absorption einer ziemlich großen Quantität Blutes, das sich im Uterus befand und das zu jeder Zeit vereitern konnte, dem Zufall zu überlassen. 2. Den Uterus zu inzidieren, ihn zu entleeren und die Uteruswunde zuzunähen oder sie durch die Abdominalwunde zu drainieren. 3. Versuchen, durch die atretische Vagina einen Kanal bis zur Uterushöhle hin zu bohren. — Keiner dieser Pläne gefiel mir in diesem speziellen Falle, und ich urteilte auf die folgende Weise: Da die Adnexe unter allen Umständen geopfert werden mußten, so war kein Grund, die Patientin einer eventuellen Gefahr durch die Zurücklassung eines jetzt ganz unnützlichen Organs auszusetzen. Ich entfernte also Uterus und Adnexe in einer Masse.

Nachdem die Gefäße beiderseits nach der gewöhnlichen Methode gefaßt und das Peritoneum vor und hinter dem Uterus getrennt worden, wurde die Zervix von deren Umgebung mittelst der Schere abpräpariert, wobei man sehen konnte, daß sie sich in eine kleine rudimentäre obere Vagina öffnete. Die Zervix war mit Blut gefüllt und hatte die Größe eines gewöhnlichen Uterus. Der vaginale Blindsack, ungefähr einen halben Zoll tief, enthielt eine kleine Quantität einer teerartigen Flüssigkeit. Dieselbe Flüssigkeit rann langsam von der Zervix- und Uterushöhle heraus. Nachdem die Zervix von ihrer Umgebung losgetrennt war, wurden Uterus und linke Adnexe in einer Masse entfernt. Obwohl die Operation mit großen technischen Schwierigkeiten verbunden war und fast $1^1/_2$ Stunden dauerte, fand keine Hämorrhagie statt. Die Frage der Aufbauung einer neuen Vagina, indem man sich der oberen rudimentären Portion als Leitfaden bedienen sollte, konnte nicht in Betracht gezogen werden, da von einer unnötigen Verlängerung der Operation alles zu befürchten war. Nachdem nun die Höhle der rudimentären Vagina vollständig trocken gereinigt worden, wurden die Ränder

des vaginalen Stumpfes nach innen gekehrt und aneinander genäht; darüber wurde das Peritoneum zugenäht. Die Peritonealhöhle wurde dann noch mit Gaze gründlich gereinigt; nachher wurde die Abdominalwunde in drei Schichten, ohne Drainage, geschlossen. Die Heilung war reaktionslos und am Ende der ersten Woche war Patientin imstande, außerhalb des Bettes zu sitzen. Einige Monate später berichtete mir ihr Arzt, daß ihr Gesundheitszustand vorzüglich war.

Die Präparate, welche in der Februarversammlung der „New York Obstetrical Society" demonstriert wurden, sind seit der Operation sehr viel eingeschrumpft. Um die Beschreibung in kurze Worte zu fassen, es besteht das Präparat aus einem dickwandigen Uterus und Zervix mitsamt einem Teile der Vagina, der, einer Manschette ähnlich, nach unten herabhängt. Die rechte Tube ist an ihrem Uterusende durchgänglich. Das Ovarium ist eine große kugelige Zyste, deren Dimensionen seit der Zeit, wo die Photographie aufgenommen worden ist, wenigstens um die Hälfte verkleinert sind. Die hintere Seite der rechten Tube wird durch eine sehr dünne Wand gebildet, welcher Umstand darauf hindeuten könnte, daß da ein Riß

Fig. 49.



RHo = rechtes Hämatovarium: *RHs* = rechte Hämatosalpinx; *U* = Uterus (Hämatometra); *C* = Cervix (Hämatotrachelos); *V* = Vaginalmanschette (Hämatokolpos), *LHo* = linkes Hämatovarium; *LHs* = linke Hämatosalpinx.

zu jeder Zeit möglich war. Von rückwärts gesehen, endete die linke Tube in eine kegelförmige Erweiterung, welche mit dem linken Hämatovarium verschmolzen war. Das linke Ovarium, welches, wie die dazu gehörige Tube, einen einzigen mit Blut gefüllten Sack darstellt, zeigt mehrere Adhäsionen an dessen hinterer Oberfläche. Die linke Tube umschlingt das entsprechende Ovarium von unten nach oben auf einer zwei Drittel seines Umfanges umfassenden Strecke.

Folgendes ist in diesem Falle von besonderem Interesse: 1. Das Fehlen fast der ganzen Scheide mit normal entwickeltem und funktionierendem Uterus und Adnexen. 2. Die Ansammlung von Blut während eines vierjährigen Zeitraumes in der rudimentären Vagina, der Zervix, dem Uterus, den Tuben und den Ovarien ohne Zerreißung derselben. 3. Das monozystische Hämatovarium, welches, wie ich glaube, vielleicht das größte war, das je beobachtet worden ist.

Betrachten wir diese Punkte nacheinander: Nach Dohrn werden die Müllerschen Gänge des menschlichen Embryo ungefähr in der neunten Woche vollständig vereinigt,

während die Differenzierung des Genitalkanals in Uterus und Vagina viel später stattfindet. Kussmaul verlegt diese Differenzierung in das Ende des dritten Monats, während Dohrn die Zervix bis zur 15. oder 16. Woche nicht finden konnte. Der untere Rand des Schlauches, welcher später die Stelle des Hymen bildet, liegt im Sinus urogenitalis, in welchem er sich öffnet. Der Hymen erscheint gegen Anfang der neunzehnten Woche und bildet ursprünglich eine einfache Ausstülpung an der hinteren Wand des Introitus. Dies ist der normale Zustand beim Embryo. Im vierten oder fünften Monate des intrauterinen Lebens haben die Genitalien ihre vollständige Entwicklung erreicht (Breisky).

Auf diese embryologischen Data sich stützend, behauptete Nagel, daß ein angeborener Mangel der Vagina nicht gleichzeitig mit einer vollständigen Entwicklung des Uterus, der Tuben und der Ovarien existieren könnte, und wo solcher Mangel vorhanden ist, wäre er einer vaginalen Adhäsion zu verdanken, die sich nach der völligen Entwicklung der Scheide in den letzten Monaten der Schwangerschaft oder nach der Geburt bildet. Dieses membranöse Gebilde wäre dann das Resultat einer Adhäsion von gegenüberliegenden vaginalen Falten und komme durch das Fehlen der oberflächlichen Epithelialschichte zustande. Daß dieses neugebildete Gewebe außer Muskelfasern und Bindegewebe auch Blutgefäße enthält, wäre dadurch erklärlich, daß die vaginalen Falten gewöhnlich mit Blutgefäßen bis zur Oberfläche versehen sind. — Nagel zog also den Schluß, daß solche Fälle immer erworbene Atresien sind.

Veit ging noch weiter. Er behauptete, daß das Vorhandensein einer Hämatosalpinx in solchen Fällen ein Beweis einer Infektion im Genitaltrakte wäre, und folglich, daß die Atresien erworben und nicht angeboren sein müßten. Er behauptete noch obendrein, daß dies so nicht nur im einfachen Genitalkanale wäre, sondern daß auch in den Fällen von Blutretention in doppeltem Genitalkanale die Atresie nicht nötiger Weise angeboren sein müßte und, wenn von Hämatosalpinx begleitet, sie immer erworben sein müßte.

Die Nagel-Veitsche Theorie wurde überall von den leitenden Gynaekologen der Welt anerkannt — besonders in Deutschland. So wurde diese Theorie von Robert Meyer, Breisky, Zweifel, Gebhard, Pick, Pincus und mehreren anderen angenommen. Pincus schrieb sogar eine sehr voluminöse und interessante Monographie über die praktischen und wichtigen, von der Nagel-Veitschen Theorie abhängenden Fragen (Samml. klin. Vorträge, 1901, pag. 219). In den letzten Jahren wurde gegen diese Theorie eine starke Opposition seitens Autoritäten, wie Sänger, Stratz und andere, entgegengestellt. Labusquière kommt nach einer gründlichen Kritik dieses Gegenstandes zum Schluß, daß „die Behauptung Nagel-Veit-Meyers, nach welcher die Hämatosalpinx ein Kriterium einer früheren Infektion wäre, sich auf nichts stützte — daß sie falsch wäre“. In ihrem soeben veröffentlichten Werk greifen Döderlein und Krönig diese Theorie aufs ernsteste an. Sie teilen dieselben Bedenken, welche Mainzer, Berry Hart und andere gegen die Theorie angeführt haben.

In Anbetracht der Meinungsverschiedenheit dieser Autoren, wohin gehört mein Fall? Nach der Nagel-Veitschen Theorie würde uns der fast vollständige Mangel der Vagina und die normal entwickelten Adnexe und Uterus zwingen, diesen Fall als eine erworbene vaginale Atresie anzusehen. Andrerseits werden wir durch das völlige Fehlen des Hymen, durch die ungenügende Entwicklung der kleinen Labien und die spärliche Andeutung eines Vestibulum auf den Verdacht einer mangelnden Entwicklung in dem untersten Teil des Genitaltraktes geleitet. Außerdem scheinen mir auch die Argumente Döderlein-Krönigs und anderer ziemlich kräftig zu sein und

es muß noch hinzugefügt werden, daß in diesem Falle die Peritonitis sicherlich mit keiner neuen Infektion verbunden war. Es waren keine Darmadhäsionen vorhanden, welche die Wanderung von Bakterien direkt vom Darme in die Blutsäcke ermöglichen sollten und man kann annehmen, daß, wenn eine primäre Entzündung je im Genitaltrakte existierte, diese sich so lange vorher abgespielt haben muß, daß die Infektionselemente lange vor dem Beginn der Menstruation zugrunde gingen. In den drei von mir beobachteten Fällen (von denen zwei im „American Journal of Obstetrics" veröffentlicht wurden und der dritte noch unveröffentlicht ist) mit einem wirklichen Mangel der Vagina und einem mehr oder weniger vollständigen Fehlen des Uterus und der Adnexe konnte man eine interlabiale Teilung sehen, welche einen zwar primitiven vaginalen Blindsack suggerierte, der im gegenwärtigen Falle nicht vorhanden war. Und endlich, in einem anderen Falle (der in der Gynaekologischen Rundschau, Jänner 1908 von mir veröffentlicht wurde) sah man — bei völlig entwickeltem Uterus und Adnexen — Hymen, Vestibulum und Scheidenkanal deutlich unentwickelt. In Anbetracht aller dieser Fakten muß ich an der Richtigkeit der Nagel-Veitschen Theorie zweifeln und scheint es mir gerechtfertigt, unseren Fall in die Kategorie der kongenitalen Atresien zu stellen.

Vom praktischen Standpunkte aus ist es beinahe gleichgültig, ob das Fehlen der Vagina durch eine Mißbildung in der Vereinigung der Müllerschen Gänge oder eine embryonale oder postfötale Vaginitis bedingt ist. Darum habe ich in dieser Arbeit das Wort „kongenital" ausgeschaltet und gebrauche an dessen Stelle den Ausdruck: primäre Atresie. Die wahrhaftig „erworbene" Atresie, d. h. diejenige, welche einer infektiösen, traumatischen oder andersartigen Vaginitis zuzuschreiben ist, habe ich als sekundäre bezeichnet. Man kann also die Gynatresien in folgender Weise einteilen:

1. Primäre Blutretention: *a)* Mißbildungen der Müllerschen Gänge; *b)* Adhäsionen, die im embryonalen Leben oder in der frühesten Kindheit erworben wurden.

2. Sekundäre Blutretention:

A. Nicht puerperale. *a)* Trauma (Operation, vernachlässigte Pessarien, Verletzungen etc.); *b)* Infektion (Scharlach, Pocken, Diphtherie, Gonorrhöe etc.); *c)* natürliche (Senilität, Atrophie, chronisch-katarrhalische Entzündungen); *d)* mechanische (zervixverstopfende Tumoren, Druck von Tumoren auf die Tuben an den Uterushörnern, Biegungen des Uterus, Karzinomata usw.).

B. Puerperale (Entzündungen mit Geschwürsbildung oder gangränöser Zerstörung der Zervix- oder Scheidenschleimhaut).

Oftmals wurde in den mit Hämatosalpinx komplizierten Fällen die Frage der Abstammung des in der Tube sich befindlichen Blutes diskutiert. Da das Menstrualblut keine Möglichkeit hat, herauszufließen, so ist es klar, daß das Blut sich im Uterus (Hämatometra), in der Zervix (Hämatotrachelos) und in der noch durchgängigen Portion der Scheide (Hämatokolpos) ansammeln muß. Dagegen ist die Blutansammlung in den Tuben nicht leicht zu erklären. Es kann keinem Zweifel unterliegen, daß wahrscheinlich in allen Fällen diese Retention ursprünglich durch den Rückfluß des Blutes vom Uterus in die Tuben verursacht wird. Durch mehrere Autopsien und durch Untersuchungen von Präparaten ist aber gezeigt worden, daß nach einiger Zeit nicht nur das Fimbrienende der Tube verschlossen wird (wie es in der Hydrosalpinx oder Pyosalpinx durch Reizung der Peritonitis geschieht), sondern jede Verbindung mit der Uterusinnenfläche ebenfalls mehr oder weniger unterbrochen wird. Daher paßt die

Rückflußerklärung nicht auf alle Fälle, ja nicht einmal auf denselben Fall in verschiedenen Zeiten. Es ist gezeigt worden, daß Blut unter gewissen Umständen von der Tubenschleimhaut selbst heraustreten kann. Die Theorie einer vikariierenden Menstruation ist sehr einladend und durch diese Theorie erklärte ich zwei große Bluttumoren der Eierstöcke, welche ich bei einer Frau exstirpierte, die plötzlich zu menstruieren aufgehört hatte, bei der die Amenorrhoe vier oder sechs Monate anhielt und die ihr jeden Monat die intensivsten Krämpfe verursachten (Medical Record, 19. August 1899). Die Theorie der vikariierenden Menstruation wird von den meisten Autoritäten angenommen: Pozzi, Fritsch, Mann, Martin, Keating und Coe, Bandl, Rose, Ashton und anderen. Andrerseits kann man die immer sich vermehrende Blutansammlung in den Tuben durch einfache zirkulatorische Störungen in der Tubenschleimhaut erklären, welche vielleicht vom Druck des im Uterusinnern angesammelten Blutes verursacht werden (Breisky). Stratz nimmt eine Tubenatresie an, welche von mechanischen Ursachen hervorgerufen wird, die ihrerseits eine Folge zirkulatorischer Störungen oder einer Infektion ist. Obwohl er die Möglichkeit eines Blutrückflusses vom Uterusinnern nicht ausschließt, hält er diese Ursache als eine weniger wichtige. Als den ersten Platz einnehmend rechnet er das Ödem und die Schwellung der vom Epithelium beraubten Schleimhaut der verschlossenen Tube. Nach Mann und Bandl stammte scheinbar das Blut eines Hämatosalpinx in einigen Fällen von einem zerrissenen Graafschen Follikel; da war das Fimbrienende der Tube mit dem Ovarium verklebt, wie in den Fällen einer Tuboovarienzyste. Bandl denkt, daß ein apoplektischer Herd in der Tube manchmal reißen und dadurch eine Hämatosalpinx verursachen kann. Obwohl manche dieser Erklärungen den Ursprung gewisser Arten Hämatosalpinx anzeigen können, gestehe ich offen, daß ich kaum glaube, sie könnten auf die Fälle von Hämatosalpinx angewendet werden, die mit Gynatresien vereinigt sind. Ich denke, daß Rückfluß vom Uterus, zusammen mit tubaler Menstruation in zufriedenstellender Weise die Hämatosalpinx solcher Fälle erklären würden, ebenso das Hämatovarium, welches, wie ich glaube, der Hämatosalpinx immer sekundär ist.

Jetzt nur noch ein Wort über die Symptomatologie. Bis zur Geschlechtsreife sind gewöhnlich keine Beschwerden zu verzeichnen. Die ersten Zeichen bestehen hauptsächlich in den menstruellen Molimina und den Bauchkrämpfen. Während der Zwischenzeit ist die Patientin wieder im normalen Gesundheitszustand. Mit der Zeit kommen noch andere Symptome hinzu. Dann kann der Schmerz kontinuierlich werden, da das Blut in die Peritonealhöhle hineintropft und so eine mehr oder weniger ausgedehnte Beckenperitonitis hervorrufen kann. Nachher werden Druckerscheinungen bemerkbar und die Patientin fühlt eine Geschwulst im Abdomen. Und, wie Hegar und Kaltenbach sich ausdrücken, wenn sich einmal eine Blutretentionsgeschwulst durch den Verschluß des Genitalkanals gebildet hat, „ist die Kranke immer in Gefahr einer Peritonitis oder einer Zerreißung des Sackes“.

Was die Blutretention als Folge einer hymenalen Atresie anbetrifft, so kommt sie gar nicht selten vor. Vier solcher Fälle sind in meiner Praxis vorgekommen, ebenso auch mehrere Atresien des Zervikalkanals; ich hielt es nicht der Mühe wert, sie zu veröffentlichen. Ich stellte mir vor, daß die meisten Gynaekologen einer gewissen Zahl solcher Fälle begegnen und ich weiß, daß diese Fälle auch vom Familienarzte erfolgreich behandelt werden. Und darum, wenn über einige hier berichtet werden soll, möge man nicht vergessen, daß sie hier in einer sehr kleinen Zahl im Verhältnis zu ihrem wirklichen Vorkommen vertreten sind. Mich interessiert hier eigentlich meistens die Blutretention, welche einer Atresie der Vagina oder des Zervix zu verdanken sind.

Im Jahre 1888 schrieb Stephan Fuld einen Artikel: „Salpingotomie wegen Hämatosalpinx bei Gynatresie“ (Arch. f. Gyn., 1889, XXXIV, S. 19). Nachdem er die Literatur bezüglich dieses Gegenstandes gründlich durchstudierte, zeigte er, daß die zu jener Zeit übliche Versorgung der Blutretentionsgeschwülste bei Gynatresien, von Hämatosalpinx begleitet, eine ganz schlechte war. Er wies daauf hin, daß die schrecklich große Sterblichkeit in diesen Fällen, mit oder ohne Operation, einer Ruptur der Hämatosalpinx zu verdanken wäre. Darum riet er, daß eine Laparotomie vorgenommen werden und eine Salpingotomie ausgeführt werden solle, so daß die unmittelbaren und ferneren Gefahren, die von der Gegenwart einer Hämatosalpinx kommen können, für immer ausgeschlossen werden. Er sammelte 65 Fälle von Gynatresie mit Hämatosalpinx — manche erworbene, aber die meisten angeborene — und fand eine Sterblichkeit von 74%. Von den 48 fatalen Fällen starben 9 ohne Operation. In 27 Fällen von den fatal endigenden war die Hämatosalpinx zugleich mit einfachem Genitalkanal vorhanden; in den übrigen 12 Fällen war der utero-vaginale Kanal ein doppelter. Fuld teilte seine Fälle in zwei Klassen ein: die mit einfachem und die mit doppeltem Genitalkanal, obwohl dies nicht ganz korrekt sei, insbesondere was den einhornigen Uterus anbelangt. Diese Einteilung ist praktisch und in Übereinstimmung mit den meisten Forschern in dieser Frage werde ich sie hier annehmen.

Seit dieser Artikel von Fuld geschrieben wurde, hat sich die Literatur, betreffend die Blutretention mit Gynatresien, enorm bereichert. Der Verfasser des gegenwärtigen Aufsatzes hat einen Versuch gemacht, das ganze Material bis auf die Jetztzeit durchzusehen. Da aber diese Arbeit bis zu einem gewissen Termin vollendet sein mußte und da manche Monographien und Artikel unzugänglich oder in solchen Sprachen gedruckt waren, die dem Verfasser unverständlich sind, so mögen die Mängel dieses Essais entschuldigt werden. Ich will nicht versuchen, auf die Schriften von Breisky, Neugebauer, Wagner, Rose, Puech und einer Menge unermüdlicher Arbeiter auf diesem Gebiete im Detail zu übergehen; ich nehme mir hauptsächlich vor, den Gegenstand von der Stelle aufzufassen, wo Fuld stehen blieb, und zu sehen, was seither getan worden ist.

Vom Jahre 1888 bis Anfang 1908 war ich imstande, 164 Fälle von Blutretention mit Gynatresie zu sammeln:

I. Primäre Blutretentionen:	
a) mit einfachem Genitalkanale	80 Fälle
b) mit doppeltem Genitalkanale	65 „
II. Sekundäre Blutretentionen	19 „
	164 Fälle

Es war bekannt, daß eine spontane Zerreißung oder Entleerung von primären Blutretentionstumoren mit einem erfolgreichen Resultate nach außen hin oder in die Blase, ins Rektum oder durch das Septum eines doppelten Uterus stattfinden kann.

Fulds Artikel spricht von drei solchen Fällen. Mein eigenes Nachforschen ergab mir noch 7 Fälle primärer Blutretentionen und einer sekundären Blutretention (3, 10, 13, 29, 40, 44, 72, 164). Die meisten dieser Fälle (möglicherweise alle) waren nicht von Hämatosalpinx begleitet und zeigten eine Atresie des Hymen oder des unteren Teiles des Genitalschlauches. Soviel ich weiß, ist in den letzten 20 Jahren über keinen Fall von spontaner Ruptur einer Hämatosalpinx mit fataler Peritonitis berichtet worden.

Operation für Hämatokolpos oder Hämatometra mit einfachem Genitalkanal (eine mögliche Hämatosalpinx dem Zufall überlassend).

Nach Puechs Angabe (Neugebauer) war Felix Plater der erste, der für die vaginale Atresie eine Operation vorschlug (12. September 1594), während Roonhuysen

sie zuerst ausführte. Am Anfang des 19. Jahrhunderts stellten Dupuytren und Amussat die stumpfe Sezierung auf eine wissenschaftliche Grundlage fest und diese Methode wird noch heutzutage mit wenigen Veränderungen angewendet. Puech (ibid.) sammelte 66 Fälle von Operationen für vaginale Atresie, darunter 4 Rückfälle. Unter 28 Fällen von angeborener Atresie waren 2 Rückfälle, 2 unvollendete Operationen und von den übrigen 24 Fällen 2 Todesfälle. Unter 300 Fällen von vaginaler und zervikaler Atresie war die Hämatosalpinx 30mal vorhanden. Fuld beschreibt 7 erfolgreiche Operationen in Fällen mit einfachem Genitalkanale, wo man glaubt, daß eine Hämatosalpinx vorhanden wäre. Neugebauer besteht darauf, daß Amussats Fall hinzugefügt werde. Ein Operateur, Rope, drang mit einem Katheter durch die Uterushöhle in die ausgedehnte Tube und quetschte den blutigen Inhalt aus, eine Methode, welche von Fuld mit Recht verdammt wird. Breisky befreite das Blut mit Erfolg in zwei mit Hämatosalpinx komplizierten Fällen, indem er eine breite vaginale Inzision bis über den verschlosseneu Teil ausführte. Robert Meyer (1896) sammelte 18 Fälle operierter Scheidenatresie mit 17 Heilungen und 38 Fälle mit Hämatosalpinx begleitet, darunter 25 Todesfälle. Seit 1889 finde ich nur 4 solcher Fälle mit Hämatosalpinx, welche nach einem Schnitte in dem den vaginalen Verschluß verursachenden Teile geheilt wurden (oder verschwanden) (2, 3, 10, 13) und einen Fall (den ersten unter Horrocks Fällen, 73), welcher ein fatales Ende hatte. Natürlich hat es auch in derselben Zeit viele veröffentlichte (und wahrscheinlich eine noch viel größere Zahl solcher, über welche nie ein Bericht gedruckt worden ist) Fälle gegeben, wo primäre Blutretentionen mit einem einfachen Scheidenkanal, ohne Hämatosalpinx, von unten her erfolgreich operiert worden sind. (30 Fälle: 5, 6, 9, 11, 12, 15, 16, 21, 24, 26, 28, 35, 36, 41, 42, 43, 46, 48, 49, 50, 51, 58, 59, 60, 61, 62, 63, 75, 76, 79.) In einem Falle (45) war später eine doppelte Salpingo-Oophorektomie nötig; in zwei Fällen (69 und 80) wurde der Blutsack durch eine Laparotomiewunde geöffnet und in einem Falle (62) wurde eine Hydrosalpinx später durch Punktion von unten entleert.

Der doppelte Genitalkanal zeigt oft Blutretentionen, gewöhnlich in der Form einer einseitigen Hämatometra, mit oder ohne Hämatosalpinx. So berichtet Fuld über vier Fälle, die nach Punktion per vaginam günstig endigten, und über 12 Fälle mit Exitus letalis. Wagner (1896) konnte 43 Fälle mit einseitiger Hämatometra sammeln. Von diesen waren: Nicht operiert 6, gestorben 5, genesen 1 (?); punktiert oder von unten inzidiert 26, gestorben 10, genesen 16.

In seiner Reihe von 12 Fällen von Hämatometra in einem rudimentären akzessorischen Horne schließt Kehrer (1900) einen Fall ein, der während der Nekropsie entdeckt wurde, einen, in welchem der Blutsack durch Zusammendrücken, und zwei solche, welche durch vaginale Punktion entleert wurden. Die übrigen werden durch Laparotomie behandelt; auf diese wird noch später hingewiesen werden. In fünf von diesen 12 Fällen soll eine Hämatosalpinx vorhanden gewesen sein. Selbstverständlich sind diese Statistiken vielfache Wiederholungen derselben Fälle; sie stammen nicht von den originellen Quellen, sondern werden nach den ursprünglichen Schriftstellern von anderen Autoren zitiert und könnten darum Mißverständnisse hervorrufen. Die jüngste Sammlung bezüglich der Retention menstruellen Blutes im doppelten Genitalkanal ist die von Groß; sie setzt sich aus 90 Fällen zusammen. Darunter:

57 Fälle von lateraler Hämatometra
3 „ „ „ „ mit teilweiser oberer Hämatokolpos
24 „ „ „ „ „ totaler oberer Hämatokolpos
4 „ „ lateralem Hämatokolpos ohne Hämatometra.

Nach meinen eigenen Nachforschungen sind folgende Fälle von unten her (zwischen den Jahren 1889 und 1908) erfolgreich operiert worden: Doppelter Uterus mit Scheidenatresie 6 Fälle (93, 97, 111, 117, 140, 145); doppelter Uterus mit Zervixatresie 3 Fälle (83, 89, 101).

In drei dieser Fälle wurde eine exploratorische Laparotomie vorgenommen, um die Diagnose mit Sicherheit festzustellen (83, 97, 145). In demselben Zeitabschnitt finde ich Berichte über zwei fatale Eingriffe, die ich hier in kurzem erwähne.

Drake-Brockman beschreibt einen Fall von Zurückhaltung der Menses (82) während sieben Jahren bei einem Mädchen mit nicht perforiertem Hymen und mit Uterus septus. Einer Inzision der verschließenden Membran folgte während einer halben Stunde ein langsamer Blutausfluß. Patientin starb 26 Tage später. Keine Nekropsie.

Dalmon und Monnet beschreiben einen Fall der Klinik Chaput (130). Ein Mädchen mit Hämatokolpos, unperforiertem Hymen und Atresie des unteren Teiles des Vaginalkanals wurde mit vaginalem Schnitt operiert, der 4 oder 6 *cm* tief gemacht werden mußte, bis das angesammelte Blut erreicht werden konnte. Nach der Entleerung wurde der obere Scheidenteil mit den unteren Labien zugenäht. Am dritten Tage erfolgte Fieber und fadenförmiger Puls. Dann wurde eine im Rektum zu fühlende Masse punktiert. Der Tod erfolgte einige Stunden später. Die Autopsie zeigte, daß eine rechtseitige Hämatosalpinx während der ersten Operation eröffnet wurde. Es waren keine Zeichen einer Peritonitis und der Pedunkulus der Tube war gedreht. Chaput schreibt den Tod in diesem Falle (so wie in einem anderen, 6 Jahre früher vorgekommenen Falle) einem „reflektorischen Darmverschluß" zu, der durch die Drehung der Tube verursacht wurde. Chaput glaubt, daß sowohl in diesem als auch im früheren Falle (38) die Drehung der Tuben eine Folgeerscheinung der Entleerung der Blutgeschwulst und der Fixierung des distalen Endes der Tube war. Das Winden soll durch eine drehende Bewegung geschehen sein, wie im Falle eines Taschentuches, wenn es in den Händen nach einer Richtung hin gedreht wird.

Es ist jetzt klar, daß die große Gefahr der Blutretentionen in den Gegenden jenseits des Uterusinnern beim einfachen Uterus und in einer geschlossen Höhle beim doppelten Uterus besteht. Schröder gebührt das Verdienst, zuerst eine vorher berechnete Laparotomie für einen solchen Fall ausgeführt zu haben (1881). Patientin war ein 17jähriges Mädchen, welche seit drei Jahren ihre Menses hatte. Seit 18 Monaten hatte sie an Bauchschmerzen gelitten. Es wurde folgende Diagnose gemacht: Hämatometra des linken Uterushornes, linke Hämatosalpinx und Uterus bicornis partim septus. Während der Operation war es die Absicht Schröders, die linke Hälfte des Uterus zu entfernen; da aber eine Ruptur der Hämatometra gegen das Bindegewebe vorhanden zu sein schien, begnügte er sich mit der Entfernung der blutgefüllten Tube. Später fand eine spontane Entleerung eines schokoladebraunen Blutes durch die Scheide statt. Die Öffnung, durch welche diese Entleerung stattfand, schloß sich zu frühzeitig und eine Inzision und Drainage mußte nachher gemacht werden.

Die von Fuld im Jahre 1889 berichteten drei Fälle erfolgreicher Laparotomie für Hämatosalpinx im einfachen Genitalkanal werden von Pozzi dahin kritisiert, daß sie unkonsequent waren, da in zwei von ihnen (die Fälle von Terillon) die Atresie nicht angeboren, sondern erworben war. Was den doppelten Genitalkanal mit Hämatosalpinx anbetrifft, konnte Fuld über zwei erfolgreiche Laparotomien, nebst der einen von Kehrer ausgeführten, berichten. Leopold fügt noch zwei vorher un-

veröffentlichte Fälle hinzu, in welcher die Laparotomie einmal bei einer Patientin ausgeführt wurde, wobei in einem Falle eine Hämatosalpinx und im zweiten ein verschlossenes, rechts mit Blut gefülltes Horn vorhanden war. Im zweiten Falle wurde das mit Blut gefüllte Horn seinem Schicksal überlassen und nur beide Adnexe wurden entfernt. Beide Patientinnen genasen. Die mäßig große Hämatometra des ersten Falles und das im Uterushorne eingeschlossene Blut im zweiten Falle wurden spontan absorbiert. Unter den oben angedeuteten 43 Fällen Wagners einseitiger Hämatometra wurde in 11 Fällen Köliotomie gemacht und alle diese Patientinnen genasen. In 1898 konnte v. Rosenthal noch 7 erfolgreiche Laparotomien in Fällen dieser Art hinzufügen. In 1896 hat Saenger (von v. Rosenthal zitiert) 11 Fälle gesammelt, welche mit einer Hämatosalpinx kompliziert waren und wo die Adnexe mit Erfolg exstirpiert wurden. v. Rosenthal setzt noch weitere 6 Fälle hinzu, von denen bei einigen das kranke Horn gleichzeitig entfernt wurde.

Hier folgt meine eigene Liste (seit 1889 gesammelt) von Laparotomien (Hysterektomien ausgenommen) für Hämatosalpinx in Fällen von einfachem Genitalkanal mit primärer Atresie des Hymen oder der Scheide.

Erfolgreiche Operationen: Inzision der Hämatosalpinx, Entleerung des Blutes, unmittelbare Naht (68) 1 Fall; Salpingo-Oophorektomie und Salpingostomie (71) 1 Fall; Salpingotomie oder Salpingo-Oophorektomie (1, 7, 20, 27, 37, 39, 47, 52, 53, 55, 56, 73) 12 Fälle; Inzision der Hämatometra, Entleerung des blutigen Inhaltes. Salpingotomie oder Salpingo-Oophorektomie (67) 1 Fall; zusammen 15 Fälle.

Erfolglose (fatale) Operationen: Salpingotomie oder Salpingo-Oophorektomie (19, 23, 38, 40) 4 Fälle.

Wir fanden also in dieser Sammlung 4 Todesfälle unter 19 in den letzten 20 Jahren operierten Fällen.

Im folgenden werden die vier fatalen Eingriffe bei Hämatosalpinx im einfachen Genitalkanal mit primärer Atresie übergeben:

C. C. Webster (1895): Junges Mädchen von Island; hatte nie menstruiert; Blutretentionssymptome seit 3 Jahren. Atresia vaginae des unteren Viertels. Hämato(pyo)kolpos; Hämato(pyo)trachelos; Hämatometra (?); linke Hämatosalpinx. Laparotomie. Es wird eine Peritonitis konstatiert. Die erweiterte linke, mit Blut gefüllte Tube wird geöffnet und entleert. Doppelte Salpingo-Oophorektomie. Exitus letalis wenige Wochen später durch septische Peritonitis. Das Becken und der Thorax wurden aufbewahrt und dem Erfrieren ausgesetzt. Es wurden senkrechte Schnitte in der Mittellinie gemacht; einer von diesen wird in einer schönen Abbildung wiedergegeben. Der Uterus war vergrößert, seine Länge erreichte $4^3/_8$ Zoll. Er war leer und seine Wände waren sehr verdickt. Die Zervix und der obere Scheidenteil waren durch „eine dicke, grünliche Flüssigkeit und durch fibrinöse Septa" ausgedehnt

C. Martin (1896): Atresia vaginae (in den oberen drei Vierteln) et cervicis. Hämatometra. Doppelte Hämato(pyo)salpinx. Die Scheide künstlich präpariert bis zum Uterus. Die Blutansammlung im Uterus wurde später inzidiert und ungefähr ein Liter eines dicken, schwarzen Blutes entleert. Der Uterus wurde zur Scheidenschleimhaut zugenäht. Septische Peritonitis nach einer Woche. Laparotomie. Die Tuben waren durch grünen, fötiden Eiter erweitert und mit dem Darme adhärierend. Doppelte Salpingo-Oophorektomie. Tod erfolgte 42 Stunden später. Martin behauptet, daß die Tuben ursprünglich Blut enthielten, welches durch die Darmadhäsionen infiziert wurde. Aber es scheint mir, man könnte eher annehmen, daß die Infektion eine postoperative war und durch den frisch geöffneten Scheidenkanal kam.

Chaput (von Morely berichtet 1898): Unperforierter Hymen, vaginales Septum hinter dem Hymen. Hämatokolpos. Punktion eines membranösen Diaphragma, Entleerung eines halben Liter Blutes. 48 Stunden später Laparotomie wegen peritonitischer Kollapssymptome. Das Abdomen enthielt 200 *g* eines schwarzen Blutes. Doppelte Salpingotomie. Die rechte Tube war faustgroß und sechsmal um sich selbst gedreht, die linke Tube zeigte fünf spiralige Drehungen. Die Drehung der Tuben wurde der Entfernung der stützenden Blutsäule von unten zugeschrieben. Patientin starb kurz nach der Operation.

Albertin (1899) berichtete über einen Fall von vaginaler Atresie mit Hämatometra. Drei Jahre früher wurde die rudimentäre Scheide ohne irgend einen Nutzen punktiert. Während eines Versuches, die Vagina zu sondieren, wurde zufällig in die Peritonealhöhle eingedrungen. Der Uterus schien von der Scheide abgetrennt zu sein. Nun wurde die Wunde tamponiert, um den Fundus uteri mit der vaginalen Öffnung verwachsen zu lassen. Sechs Tage später wurde die Hämatometra punktiert und 50 bis 60 *g* eines pflaumensaftfarbigen Blutes entleert. Nachher wurde ein Teil der Uteruswand ausgeschnitten, um eine ständige Öffnung zu bilden, und die betreffende Wunde mit Gaze tamponiert. Der Durchgangskanal schloß sich später, es bildete sich Eiter und eine spontane Öffnung im Rektum erfolgte. Patientin menstruierte dann per rectum während 18 Monaten. Nach dieser Zeit wurde die Laparotomie ausgeführt. Man fand und entfernte Abszesse der Tuben und der Ovarien. Es bildete sich eine Peritonitis am vierten Tage und Patientin starb am sechsten Tage.

Nach einer Übersicht dieser vier Fälle hat man den Eindruck, daß die drei letzten eine Möglichkeit zu genesen gehabt hätten, wenn die Laparotomie schon am Anfang ausgeführt worden wäre, ehe die tieferen Teile des Scheidenkanals infiziert wurden. Es konnte vielleicht über drei Heilungen anstatt über drei Todesfälle berichtet werden. Mit anderen Worten, man kann diese Todesfälle nicht einer Operation zuschreiben, welche, in einer „reinen" Umgebung unter allen Bedingungen eines erfolgreichen Resultates ausgeführt, ein günstigeres Ergebnis geliefert hätte. Die Laparotomie als ein „dernier ressort" ist von der gut überlegten Laparotomie, die man dann macht, wenn noch keine Infektion vorhanden ist, ganz verschieden. Websters Fall illustriert die Tatsache, daß es nicht immer vorteilhaft ist, sich auf die Natur für die Absorption des Blutes einer Hämatometra oder einer Hämatokolpos zu verlassen, und daß in seinem Falle eine Hysterektomie — möglicherweise mit Drainage des untersten Teiles der Abdominalwunde — die Patientin gerettet hätte. Es ist ja wahr, daß es von der Ferne und nachdem die Operation gemacht worden ist, leicht ist, Vorschläge zu machen und die Wahrscheinlichkeiten abzuwägen. Da aber dieser Artikel in einem rein wissenschaftlichen Geiste geschrieben wird, so kann von keiner Beleidigung die Rede sein dort, wo die Resultate solcher Männer kritisiert werden, deren Berühmtheit als in jeder Beziehung geschickte Operateure hinlänglich festgesetzt ist.

In der sekundären Atresie des einfachen Scheidenkanals ohne Hämatosalpinx ist in der Zeit, mit welcher sich mein Artikel beschäftigt, zehnmal von unten her operiert worden (146, 148, 150, 151, 155, 157, 159, 162, 163, 164). Es waren keine Todesfälle. Sogar der Fall von Hirst (152), wo eine Blutansammlung ohne Erfolg per rectum punktiert wurde, endigte nach einer späteren Hysterektomie günstig. In dieser Gruppe von Fällen sekundärer Atresie (die wirklich erworbene) verzeichne ich fünf Hämatosalpinxfälle, in welchen nach einer Laparotomie die Kranken wieder hergestellt wurden (149, 153, 156,

158, 161). Fuld erwähnt keine Fälle von Hysterektomie bei Blutansammlung im einfachen Genitalkanal. Erst vor 6 oder 7 Jahren schrieben Landau und Pick: „Es ist kaum anzunehmen, daß die abdominale Radikaloperation bei Gynatresien mit einfachem Kanale je gemacht worden ist. Sogar im doppelten Genitalkanal mit Gynatresie und Hämatometra finden wir bis 1899 keine abdominale Radikaloperation und nur sechs Fälle, in denen eine supravaginale Amputation (den doppelten Uterus und die Adnexe entfernt) für Scheidenverschluß mit Hämatometra und Hämatosalpinx ausgeführt worden ist.“ Die erste erfolgreiche Hysterektomie bei Blutretentionen wurde von einem Amerikaner gemacht — John Homans —, der über eine supravaginale Amputation eines Uterus bicornis bei einem 18jährigen Mädchen berichtete (Boston med. and Surgical Journal, 8. September 1883). In 1901 machte L. Landau die erste totale abdominale Hysterektomie bei Blutretention im einfachen Kanal. Seit 1884 finde ich folgendes:

Bei Blutretention im einfachen Genitalkanal, von einer primären Atresie verursacht, wurde die abdominale Hysterektomie 10mal ausgeführt. Die folgenden endeten mit Genesung:

Supravaginale Hysterektomie (25, 34, 65, 70) . .	4 Fälle
Totale Hysterektomie (54, 57, 77)	3 Fälle
	7 Fälle.
Dazu soll noch mein Fall von totaler Hysterektomie hinzugefügt werden	1 Fall
	8 Fälle.

Drei abdominale Hysterektomien wurden mit fatalem Ausgang gemacht: Supravaginale Hysterektomie (14, 17, 66) 3 Fälle.

Eine Übersicht der unglücklichen Fälle zeigt uns folgendes. In Rossas Fall (14) war eine rechtseitige angeborene Hydronephrosis mit einem Herzklappenfehler nebst dem krankhaften Zustande im Becken vorhanden.

In Murphys Fall wurde die Hysterektomie nach vorheriger vaginaler Punktion gemacht. Das Ligamentum latum wurde zur abdominalen Wunde zugenäht und die Hämorrhagie durch Gazetamponade beherrscht. Vier Monate später wurde das Abdomen noch einmal eröffnet und es enthielt nahezu zwei Liter Blut. Das Abdomen wurde geschlossen, ohne daß etwas getan worden wäre. Fünf Wochen später platzte die Wunde und es entleerte sich eine Menge brauner seröser Flüssigkeit. Patientin verweigerte einen weiteren Eingriff und starb kurze Zeit nach dieser Begebenheit.

In Moullins Fall (66) wurde nach vaginaler Eröffnung die Blutretentionszyste punktiert. Die Öffnung schloß sich 3 Monate später zu. Nun wurde die Laparotomie und Hysterektomie ausgeführt. Ein nach Fäulnis stinkender Eiter ergoß sich aus dem Zervikalkanal. Drainage der Scheide. Tod nach drei Wochen. Wir sind mit Moullin in seiner Äußerung übereinstimmend: „Es ist kein Grund vorhanden, warum, wenn eine Hysterektomie am Beginne gemacht worden wäre, die Patientin nicht geheilt worden wäre.“

Bei Blutretention im einfachen Genitalkanal mit sekundärer Atresie wurde die Hysterektomie 5mal mit Erfolg gemacht: Abdominale Hysterektomie (152, 158, 160) 3 Fälle. Vaginale Hysterektomie (153, 161) 2 Fälle.

Man könnte mir vielleicht einen Vorwurf machen, daß ich den Fall Schwartz-Halle (161) einschließe, der von Chrysopathes veröffentlicht wurde. In diesem

Falle war der Verschluß der Tuben mit nachfolgender doppelter Hämatosalpinx zwei uterinen Adenomyomen zu verdanken, welche einen Verschluß der Uterusenden beider Tuben verursacht hatten. Dieser Fall ist alleinstehend in der medizinischen Literatur und ist ein unbestreitbarer Beweis, daß Blut direkt von der Tubenschleimhaut herausgepreßt werden kann und daß es nicht einen Rückfluß von der Uterushöhle als Ursache haben muß.

Kleinhaus (1897) resümiert in folgender Weise die Operationen, welche im doppelten Uterusgenitalkanal mit einseitigen Blutansammlungen gemacht werden können: 1. Einfache Entleerung der Hämatometra durch die Vagina. 2. Entleerung durch die Vagina mit vorangehender oder nachfolgender Köliotomie. 3. Inzision der Hämatometra und Resektion oder Exzision deren Wand mit Naht (Werth). 4. Entfernung des Eileitersackes mit einem Teile der ausgedehnten Hälfte des Uterus und Zunähen des Sackes zur Abdominalwand. 5. Entfernung der Adnexe beiderseits. 6. Supravaginale Amputation des Uterus. (Wir können noch hinzufügen: 7. Totale Hysterektomie.)

Fritsch, Keszmarsky und Kehrer nähten den Blutsack mit der Bauchwunde zusammen, um in der Zukunft den Blutausfluß in die Peritonealhöhle zu vermeiden.

Es ist interessant zu verzeichnen, daß unter den von Gross gesammelten 90 Fällen von Blutretention im doppelten Genitalkanal 4 Fälle von lateraler Hämatokolpos vorhanden waren. Natürlich kann man in solchen Fällen mit einer einfachen vaginalen Inzision auskommen. Jedoch in der großen Mehrzahl der berichteten Fälle bestand der Blutsack gewöhnlich aus der mit Blut gefüllten Hälfte eines doppelten Uterus mit oder ohne eine Hämatosalpinx. In 1888 berichtete E. Simon über 22 mit Hämatosalpinx komplizierten Fällen: darunter waren 14 Todesfälle und 8 Heilungen: Nach vaginaler Inzision 5 Heilungen, 11 Todesfälle. Nach rektaler Punktion 1 Heilung, 1 Todesfall. Nach Laparotomie 1 Heilung, kein Todesfall. Ohne Behandlung 1 Heilung, 2 Todesfälle. Bis zum Jahre 1898 sammelte v. Rosenthal 18 Köliotomien in Fällen von Uterus bicornis, in allen Fällen trat Heilung ein.

Meine eigenen Nachforschungen, welche sich auf die letzten 20 Jahren erstrecken, zeigen die folgenden Resultate bezüglich der Amputation eines mit Blut gefüllten Hornes im doppelten Uterus:

Mit Erfolg operiert,	vaginale Köliotomie (94)	1 Fall
„ „ „	„ „ mit Hämatosalpinx (114)	1 „
„ „ „	Laparotomie (85, 92, 104, 109, 112, 125, 127, 128, 129, 131, 132, 134, 141)	13 Fälle
„ „ „	Laparotomie (mit Hämatosalpinx) (86, 91, 95, 96, 100, 110, 121, 136)	8 „
		23 Fälle
Todesfälle nach der Laparotomie (mit Hämatosalpinx)	(116, 137)	2 Fälle

Es waren also 23 erfolgreiche Operationen und 2 Todesfälle. Hysterektomie (supravaginale oder totale) bei einseitiger Hämatometra wurde 15mal ohne einen einzigen Todesfall ausgeführt:

Durch die Scheide	(132)	1 Fall
Abdominaler Schnitt	(106, 113, 123, 126, 138, 142, 144)	7 Fälle
„ „	(mit Hämatosalpinx) (102, 115, 118, 119, 135, 139, 143)	7 „
		15 Fälle.

Wir finden also während der letzten 20 Jahre 23 Hornamputationen und 28 am doppelten Uterus ausgeführte Hysterektomien, zusammen 5 Operationen mit 5 Todesfällen. Von 16 mit Hämatosalpinx komplizierten Fällen waren 2 Todesfälle. Es ist lehrreich, diese Zahlen mit den von Fuld und von E. Simon angegebenen zu vergleichen, die, vor 20 Jahren, als die alten Behandlungsmethoden noch herrschten, unter 18 Fällen 12 Todesfälle fanden. Diese Zahlen beweisen am besten die Korrektheit der von Fuld ausgedrückten Meinung, daß diese Fälle in der Zukunft mittelst Laparotomie behandelt werden müssen.

Während Fuld nur die Entfernung des Blutsackes in Fällen von Hämatosalpinx riet und so die bis zu seiner Zeit herrschende, schreckliche Mortalität mit einem Striche auslöschte, müssen wir heute die Frage betrachten, ob wir uns mit einer Salpingotomie (oder Ausschneidung des mit Blut gefüllten Hornes eines doppelten Uterus) zufriedenstellen können, ob wir weiter gehen und eine Hysterektomie machen sollen oder ob wir nur die Blutsäcke aufschlitzen, deren Inhalt entfernen sollen und dann einen neuen Scheidenkanal präparieren, welcher das Ausfließen des menstruellen Blutes ermöglichen soll. In der Theorie ist dieser letztere Plan zu wählen, da er die Erhaltung der Geschlechtsorgane und deren Funktion erlaubt. Jedoch lehrt uns die Erfahrung, daß dies nur selten ausführbar sei, trotz der ausgezeichneten Arbeiten Zweifels, Hofmeiers, Tuffiers und anderer. Ich glaube, daß die Entfernung der Tuben und der Ovarien mit Zurücklassen des mit Blut gefüllten Uterus und der rudimentären Vagina weniger wünschenswert ist als die radikale Operation. Wo aber durch technische Schwierigkeiten der Uterus mit dem Blutsack nicht exstirpiert werden kann, ist man immer berechtigt, entweder nur die Adnexe zu entfernen, oder auch gleichzeitig den Uterus an das Abdomen oder an die Scheide zu fixieren, an welch letzterem Organ ein ständiger Kanal gemacht werden kann.

Was das Hämatovarium anbelangt, welches in meinem Falle eine so große Geschwulst bildete, habe ich es unter den 164 Fällen, welche mir die Grundlage für den gegenwärtigen Artikel gaben, 16mal als Teilerscheinung des Retentionssackes gefunden. In 5 Fällen war es ein rechtseitiges, in 6 Fällen ein linkseitiges, in 4 Fällen war es in beiden Seiten vorhanden. In einem Falle war seine Lage nicht angegeben.

Literatur: 1. G. Leopold: Arch. f. Gyn., 1889, XXXIV, pag. 371; erster Fall. — 2. G. Leopold: Ebenda, dritter Fall. — 3. A. Turreta: Gior. internaz. d. Sc. med., Napoli 1889, n. s. XI, pag. 21. — 4. Cospedal Tonie: Index Medicus, 1889. — 5. Mongonidi: Ebenda. — 6. Tr. Rosinski: Allg. med. Zentralztg., 1892, LXI, pag. 2042. — 7. A. F. Currier: N. S. Journ. of Gyn. et Obst., 1893, CXI, pag. 1087. — 8. Hochenburger: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1893, XXVI, pag. 60. — 9. Hochenburger: Ebenda. — 10. Hochenburger: Ebenda. — 11. F. C. Barker: Indian Med. chir. Review, 1893, I, pag. 140. — 12. T. C. Da Costa: Med. News, 1894, pag. 269. — 13. Ettore de Minicis: Gaz. degl. osped. e d. clin., 1894, XV, pag. 339. — 14. Emil Rosa: Zentralbl. f. Gyn., 1894, XVIII, pag. 422. — 15. Lenger: Ann. de la Soc. Belge d. chir., 1895, III, pag. 396. — 16. Don F. de L. Recio: Annal. de obst. Ginecol. y Pediat., 1895, CLXXVI, pag. 201. — 17. T. Murphy: Brit. med. Journ., 1895. I, pag. 65. — 18. Barone: Index Medicus, 1895. — 19. C. Webster: Am. Journ. Obst., 1895. XXXII, pag. 544. — 20. Simson (do.): Ebenda. — 21. W. H. Meyers: Trans. Am. Ass. Obst. et Gyn., 1896, IX, pag. 302. — 22. Matvieyeff: Index Medicus, 1896. — 23. C. Martin: Brit. med. Journ., 1896, II, pag. 1289. — 24. E. K. Kellenberger: Kansas City Med. Ind., 1896, XVII, pag. 20. — 25. C. Martin: Med. Press and Circ., 1896, II, pag. 571. — 26. Amand Routh: Brit. med. Journ., 1896, II, pag. 1131. — 27. Decio: Rasseg. d'ostet. e ginec., 1896, V, pag. 398. — 28. E. H. Lee: Medicine, 1896, II, pag. 534. — 29. Vitrae: Rev. méd. Chir. des Maladies des Femmes, 1896, XVIII, pag. 485. — 30. Novitski:

Ind. Med., 1897. — 31. G. G. Zaks: Ebenda. — 32. L. Varnek: Ebenda. — 33. Pliashkoff: Ebenda. — 34. W. W. Beckett: South Californ. Pract., 1897, XII, pag. 447. — 35. T. F. Lynch: Virg. med. Semi-monthly, 1897, 8, II, pag. 7. — 36. F. Hue: La Normand. Médic., 1897, XII, pag. 198. — 37. A. H. Ferguson: Am. Journ. Surg. a. Gyn., 1898, XI, pag. 23. — 38. M. P. Moraly: Bull. de la Soc. Anat. de Paris, 1898, XII, pag. 619. — 39. Mainzer: Arch. f. Gyn., 1898, LVII, pag. 681. — 40. Albertin: La Prov. Méd., 1899, XIII, pag. 75. — 41. R. Löfqvist: Mitteil. aus der gynaek. Klinik Engström, 1899—1901, III, pag. 26. — 42. R. Löfqvist: Ebenda. — 43. R. Löfqvist: Ebenda. — 44. Broca: La Semaine gynéc., 1900, V, pag. 46. — 45. Broca: Ebenda. — 46. Jos. Godart: Bull. Soc. Belge de Gyn. et d'Obst., 1900—1901, XI, pag. 39. — 47. Psaltoff: Ann. de Gynéc. et d'Obst., 1900, LIV, pag. 460. — 48. T. J. Cullingworth: Brit. med. Journ., 1900, I, pag. 65. — 49. T. J. Cullingworth: Ebenda. — 50. J. M. Fisher: Am. Gyn. a. Obst. Journ., 1900, XVII, pag. 38. — 51. F. W. Higgins: Med. News, 1900, LXXVI, pag. 200. — 52. O. Thienhaus: Journ. Am. Med. Ass., 1901, XXXVII, pag. 194. — 53. Labusquière: Ann. de Gyn. et d'Obst., 1901, LVI, pag. 141. — 54. L. Landau u. L. Pick: Arch. f. Gynaek., 1901, LXIV, pag. 98. — 55. Georg Fleck: Monatschr. f. Geb. u. Gyn., 1901, XIII, pag. 419. — 56. L. Landau: Berliner klin. Wochenschr., 1901, XXXVIII, pag. 205. — 57. F. Villar: Rev. Mens. de Gyn., Obst. et Péd. (Bordeaux), 1902, IV, pag. 193. — 58. Batut: Le Bull. Méd., 1902, XVI, pag. 587. — 59. F. D'Erchia: Arch. di Ost. e Ginec., 1902, IX, pag. 432. — 60. Langsdorff: Zentralbl. f. Gyn., 1902, XXVI, pag. 660. — 61. Guillé (Picqué): Bull. et mém. Soc. de chir. de Paris, 1902, XXVIII, pag. 782. — 62. Foutonnont (Chaput): Ebenda, 742. — 63. F. Campione: Arch. di Ost. e ginec., 1903, X, pag. 329. — 64. Bouchardière: Ind. Med. Rec. (Calcutta), 1903, XXIV, pag. 472 (Ind. Medicus, 1903). — 65. Oui: Comptes Rend. de la Soc. d'Obst. de Gyn. et de Péd. de Paris, 1903, V, pag. 10. — 66. T. A. M. Moullin: Med. Press and Circular, 1903, n. s. LXXV, pag. 637. — 67. G. Rauscher: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1903, XLIX, pag. 417. — 68. Heidenhain: Deutsche med. Wochenschr., 1904, XXX, pag. 1014. — 69. M. Hofmeier: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1904, LII, pag. 1. — 70. Picqué (P. Batique): Bull. et mém. de la Soc. de chir. de Paris, 1904, XXX, pag. 824. — 71. G. G. Eitel, Northwest Lancet, 1904, XXIV, pag. 406. — 72. G. B. Norberg: Kansas City Med. Ind. Lancet, 1905, XXVI, pag. 423. — 73. P. Horrocks: Lancet, 1905, I, pag. 1247. — 74. De Sa Freire: Rev. de Soc. de Méd. et Chirurg., Rio de Janeiro 1905, IX, pag. 121 (Index Medicus, 1905). — 75. A. Delétrez: Bull. Soc. Belge de gyn. et d'obst. (Brux.), 1906—1907, XVII, pag. 76. — 76. S. Houzel: Journ. méd. de Brux., 1906, XI, pag. 124. — 77. J. J. Cox and W. E. Fothergill: Brit. Journ. of Children's Diseases, 1906, III, pag. 145. — 78. Crowe: St. Mary's Gaz., London 1906, XII, pag. 103. — 79. A. R. Hughes: Am. Journ. Clin. Med., 1906, XIV, pag. 753. — 80. Fehling: Monatschr. f. Geb. u. Gyn., 1907, XXV, pag. 123. — 81. G. Leopold (Kehrer): Das Nebenhorn des dopp. Uterus von E. Kehrer. Heidelberg 1900. — 82. Drake-Brockmann: Brit. med. Journ., 1893, I, pag. 1220. — 83. C. T. Cullingworth: Trans. Am. Gyn. Soc., 1893, XVIII, pag. 435. — 84. T. E. Burton: Liverpool med. chir. Journ., 1894, pag. 14. — 85. R. Werth: Arch. f. Gyn., 1894, XLVIII, pag. 423. — 86. H. Löhlein: Zentralbl. f. Gyn., 1894, XVIII, pag. 997. — 87. X. O. Werder: Journ. Am. Med. Ass., 1894, XXIII, pag. 234. — 88. Skalkowski (Kehrer: Das Nebenhorn etc., loc. cit.). — 89. Edmond Blanc: La Loire Méd., 1895, pag. 3. — 90. Sänger (Kehrer: Das Nebenhorn etc., loc. cit.). — 91. Rossa (Kehrer: Das Nebenhorn etc., loc. cit.). — 92. B. S. Schultze-H. Zillessem (Kehrer: Das Nebenhorn etc., loc. cit.). — 93. A. H. N. Lewes: Brit. med. Journ., 1896, II, pag. 1131. — 94. Mackenrodt: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1896, XXXV, pag. 302. — 95. A. Calmann (Rosthorn): Zentralbl. f. Gyn., 1896, XX, pag. 598. — 96. E. Lauwers: Bull. de l'Acad. Roy. de Méd., 1896, X, pag. 570. — 97. E. Schwartz: Rev. de Gyn. et de Chir. Abd., 1897, I, pag. 961. — 98. Barone: Ind. Med., 1897. — 99. F. H. Maier: Am. Gyn. et Obst. Journ., 1897, XI, pag. 713. — 100. A. L. Galabin: Practitioner, 1897, LVIII, pag. 351. — 101. T. L. Lockie: Edinb. med. Journ., 1897, I, pag. 274. — 102. Jos. Godart: Bull. Soc. Belge de Gyn. et d'obst., 1898—1899, IX, pag. 14. — 103. F. Kleinhals: Monatschr. f. Geb. u. Gyn., 1897, V, pag. 231. — 104. Lambret: Bull. Méd., 1898, XII, pag. 133. — 105. Mainzer:

Arch. f. Gyn., 1898, LVII, pag. 681. — 106. T. v. Rosenthal: Monatschr. f. Geb. u. Gyn., 1898, VIII, pag. 273. — 107. Vignard: Gaz. Méd. de Nantes, 1899, XVII, pag. 83. — 108. Witthauer: Monatschr. f. Geb. u. Gyn., 1899, IX, pag. 205. — 109. O. A. Boije: Mitteil. aus der gyn. Klinik Engström, 1899—1901, III, pag. 225. — 110. A. Cocchi: Ann. di Ost. e Ginec., 1900, XXII, pag. 386. — 111. B. H. Wells: Am. Journ. obst., 1900, XLI, pag. 317. — 112. F. W. N. Haultain: Brit med. Journ., 1900, I, pag. 1279. — 113. C. Jacobs: Soc. Belge de Gynéc., 1900—1901, XI, pag. 189. — 114. R. Katz (Abel): Berliner klin. Wochenschrift, 1901, XXVIII, pag. 1280. — 115. Labusquière: Ann. de Gynéc. et d'Obst., 1901, XLVI, pag. 141. — 116. Baecker: Zentralbl. f. Gyn., 1896, pag. 883. — 117. E. Herz: Wiener med. Wochenschr., 1901, LII, pag. 1101. — 118. Paul Mathes: Zeitschr. f. Heilk., 1900, I, pag. 359. — 119. Praetorius (Stratz): Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1901, XLV, pag. 1. — 120. C. H. Stratz: Ebenda. — 121. Carl v. Pauer (Elischer): Zentralbl. f. Gyn., 1902, XXVI, pag. 660. — 122. Labusquière: Ann. de Gyn. et d'Obst., 1901, XLVI, pag. 141. — 123. E. Macoul: Ann. Gyn. et Péd., 1903, XVI, pag. 625. — 124. G. Rauscher: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1903, XLIX, pag. 417. — 125. Brouha (Fraipont): Ann. Soc. Méd. chir. de Liège, 1903, XLII, pag. 511. — 126. C. H. Hare: Boston Med. et Surg. Journ., 1903, pag. 148. — 127. Gouilloud: Bull. de la Soc. de chir. de Lyon, 1903, VI, pag. 27. — 128. Cerné, Rev. méd. de Normandie, 1904, VI, pag. 313. — 129. G. Gross: Ann. de Gynéc., 1904, I, pag. 23. — 130. Dalmon et Monnet: Bull. de la Soc. Anat. de Paris, 1904, LXXIX, pag. 802. — 131. Elis Essen-Möller: Nord. Med. Arkiv, 1904, Afd. I, Häft 2, Nr. 7, pag. 1. — 132. Lindqvist: Zentralbl. f. Gyn., 1904, XXVIII, pag. 395. — 133. A. Pinna Pintor: Ebenda, pag. 407. — 134. M. Hofmeier: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1904, LII, pag. 1. — 135. Le Bec: Rev. de Gynéc. et de chir. abd., 1904, VIII, pag. 387. — 136. Procharnick: Münchener med. Wochenschrift, 1904, LI, pag. 233. — 137. A. Pellegrini: La Ginecologia, 1904, I, pag. 709. — 138. N. T. A. F. Boerma: Ned. Tijd. voor Verlosk en Gynaec., 1904, pag. 299. — 139. A. Doran: Journ. Obst. et Gyn. of Br. Empire, 1905, VII, pag. 167. — 140. C. S. Mac Greggor: Glasgow med. Journ., 1906, LXV, pag. 340. — 141. Quénu et Le Sourd: Rev. de Chir., 1906, XXXIII, pag. 1. — 142. T. E. Walker: Am. Journ. Surg., 1906, XX, pag. 333. — 143. M. Gauthier: Bull. et Mém. de la Soc. Anat. de Paris, 1906, LXXXI, pag. 570. — 144. H. N. Vineberg: Am. Journ. of Obst., 1907, LV, pag. 843. — 145. E. Rosenfeld (Hahn): Münchener med. Wochenschr., 1907, LIV, pag. 297. — 146. Robb (H. A. Kelly): John Hopkins Reports, 1892—1894, III, pag. 429. — 147. Paul Petit: Cong. Franc. de Chirurg., 1892, pag. 633. — 148. S. Buongiorno: Il Progres. Med., 1892, V, pag. 628. — 149. Levolff (Neugebauer): Ann. de Gyn., 1895, pag. 190. — 150. J. D. Dorman: Ned. Tijd. vor Verlosk en Gynaec., 1893, IV, pag. 16. — 151. Kochenburger: Zeitschr. für Geb. und Gyn., 1893, XXVI, pag. 60. — 152. B. C. Hirst: Am. Journ. Obst., 1895, XXXII, pag. 902. — 153. S. Pozzi: Bull. et mem. de la Soc. de Chir. de Paris, 1895, XXI, pag. 509. — 154. Courant: Index Medicus, 1896. — 155. E. D. Persinger: Cincin. med. Journ., 1896, XI, Nr. 2, pag. 67. — 156. L. Van der Hoeven: Ned. Tijdschr. v. Verlosk en Gynaec., 1897, VIII, pag. 1. — 157. P. Hyrup-Pedersen: Colorado med. Journ., 1897, III, pag. 9. — 158. Treub: Ned. Tijd. v. Verlosk en Gyn., 1899, X, pag. 305. — 159. Witthauer: Monatschr. f. Geb. u. Gyn., 1899, IX, pag. 205. — 160. W. Gardner: Mont. med. Journ., 1900, XXIX, pag. 58. — 161. T. G. Chrysopathes: Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., 1901, XLIV, pag. 238. — 162. T. La Bouchardière: Ind. Med. Rec., 1903, XXIV, pag. 472. — 163. H. Violet and G. Cotte: Lyon méd., 1907, CVIII, pag. 690. — 164. A. Henderson: Brit. med. Journ., 1907, I, pag. 138.

Bücherbesprechungen.

Leopold und **Leisewitz**, Geburtshilflicher Röntgenatlas. II. Lieferung, Tafel 11—20. Dresden, v. Zahn u. Jaensch, 1908.

Die in der Besprechung der ersten Lieferung gerühmten Vorzüge dieses Atlaswerkes sind auch der eben erschienenen zweiten Lieferung in vollstem Maße zuzu-

erkennen. Die Tafeln sind durchaus vortrefflich gelungen. Tafel 11—14 zeigen hebosteotomierte Becken, an denen man sowohl knöcherne Vereinigung als auch das Ausbleiben derselben studieren kann. Tafel 15 zeigt ein normales Becken, Tafel 16 ein plattes Becken, Tafel 17 ein allgemein verengtes plattrachitisches Becken, Tafel 18 ein in mäßigem Grade osteomalazisch verändertes Becken, Tafel 19 und 20 eine Osteomalazie schweren Grades im Liegen und Sitzen. Man überzeugt sich, daß das Studium des Röntgenbildes uns alle Charaktere der pathologischen Beckenformen sinnfällig machen kann, und speziell für den Unterricht sind deshalb eben diese Tafeln von ganz unschätzbarem Werte. Wir sehen gespannt den weiteren Lieferungen entgegen.

Frankl.

Sammelreferate.

Neubildungen der Vulva.

Sammelbericht des Jahres 1907. Von Dr. **A. Fuchs,** Breslau.

1. Bochenski: **Klitoriskarzinom mit Craurosis vulvae.** (Sitzungsber. der Gyn. Gesellsch. zu Lemberg. Zentralbl. f. Gyn., Bd. XXX, H. 13.)
2. Bondi: **Zysten des kleinen Labium.** (Sitzungsber. d. Geb.-gyn. Gesellsch. in Wien. Zentralbl. f. Gyn., Bd. XXXI, H. 48.)
3. Bondi: **Neurofibrom des kleinen Labium.** (Sitzungsber. d. Geb.-gyn. Gesellsch. in Wien. Zentralbl. f. Gyn., Bd. XXXI, H. 48.)
4. Chaboux: **Des tumeurs malignes primitives de la glande de Bartholin.** (Inaug.-Dissert. Lyon. Ref. Zentralbl. f. Gyn., Bd. XXXI, H. 38.)
5. Czyzewicz jun.: **Plattenepithelkarzinom der kleinen Schamlippe.** (Sitzungsber. d. Gyn. Gesellsch. in Lemberg. Zentralbl. f. Gyn., Bd. XXXI, H. 13.)
6. Driessen (Amsterdam): **Sarcoma vulvae.** (Nedl. Tijdschr. v. Verlosk. Ref. Zentralbl. f. Gyn., Bd. XXXI, H. 7.)
7. Fabricius: **Ulcus gangraenosum serpiginosum vulvae.** (Sitzungsber. der Geb.-gyn. Gesellsch. in Wien. Zentralbl. f. Gyn., Bd. XXXI, H. 22.)
8. Fraenkel L.: **Vulvainduration.** (Sitzungsber. der Gyn. Gesellsch. in Breslau. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXV, pag. 271.)
9. Freund: **Maligner Tumor der Vulva: Sarkom.** (Monatschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXV, pag. 138.)
10. Géroulanos (Athen): **Ein Fall von enormem fibromatösen Tumor der Vulva.** (Orient. méd.; Ref. Zentralbl. f. Gyn., Bd. XXXI, H. 1.)
11. Gross: **Multiple gutartige Geschwülste der Vulva. Adenoma hidradenoides.** (Zeitschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. LX, pag. 565.)
12. Logothetopulos: **Über die Tuberkulose der Vulva.** (Arch. f. Gyn., Bd. LXXIX, H. 2.)
13. Lorentowicz: **Leucoplasia vulvovaginalis oder Craurosis vulvae?** (Medycyna, H. 26; Ref. Zentralbl. f. Gyn., Bd. XXXI, H. 34.)
14. Mond: **Über kindskopfgroßes Fibromyom der rechten Schamlippe.** (Sitzungsber. d. Geb. Gesellsch. zu Hamburg. Zentralbl. f. Gyn., Bd. XXXI, H. 12.)
15. Morel: **Großes Lipom des Labium maius.** (Bull. et mém. de la soc. anat. de Paris, pag. 802. Ref. Zentralbl. f. Gyn., Bd. XXXI, H. 1.)
16. Proskujakowa: **Zur Kasuistik der chronischen Erkrankungen der äußeren Geschlechtsorgane.** (Festschrift f. Prof. v. Ott. Ref. Zentralbl. f. Gyn., Bd. XXXI, H. 4.)
17. Siedentopf: **Elephantiasis tuberosa vulvae permagna.** (Ber. über den XII. Gyn.-Kongreß zu Dresden. Monatsschr. f. Geb. u. Gyn., Bd. XXV, pag. 946.)
18. Simpson-Barbour: **Myxom der Vulva.** (Sitzungsber. d. Edinburgh Obstetr. Soc. Ref. Zentralbl. f. Gyn., Bd. XXXI, H. 10.)
19. Taylor: **Deformität der Vulva infolge indurierenden Ödems.** (Journ. of Amer. Assoc., Nr. 2. Ref. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 33.)

20. Thies: **Tumor vulvae.** (Sitzungsber. d. Gesellsch. f. Geb. u. Gyn. in Leipzig. Zentralbl. f. Gyn., Bd. XXXI, H. 7.)
21. Wiener: **Ein Melanosarkom der Vulva.** (Arch. f. Gyn., Bd. LXXXII, pag. 521.)
22. Williamson: **Adenom des Labiums.** (Journ. of obstetr. and gyn. of the british empire. Vol. X, Nr. 3.)

Auch in diesem Berichtsjahre sind Publikationen über die mannigfachen Neubildungen der Vulva ziemlich reichlich. Wir finden alle interessanten Krankheitsformen vertreten, neben verschiedensten Tumoren epithelialen Ursprunges fehlen weder die desmoiden noch die entzündlichen Neubildungen.

Unter den Epitheltumoren nehmen die Karzinome sowohl ihrer relaliven Häufigkeit als auch ihrer Bedeutung wegen die erste Stelle ein. Bochenski (1) berichtet über ein Karzinom der Klitoris, das bei gleichzeitig bestehender Craurosis vulvae beobachtet wurde. Es wurde das ganze äußere Genitale und die Haut am Schamberg entfernt. Im Anschluß an diesen Fall wird der Zusammenhang zwischen Craurosis und Leucoplasia vulvae einerseits und dem Karzinom andrerseits besprochen. Ein solches Zusammentreffen beschreibt auch Lorentowicz (13). Czyzewicz jun. (5) stellte in der Lemberger Gynaekologischen Gesellschaft ein Plattenepithel des kleinen Labiums, von einer 59jährigen Patientin stammend, vor. Wegen des elenden Zustandes der Frau führte er die Ausräumung der Inguinaldrüsen nicht gleich bei der ersten Sitzung aus, sondern sparte sie für später auf. Wenngleich dieser Ausweg besser ist als gänzlich auf die Drüsenfortnahme zu verzichten, so sollte er nur für ganz dekrepide Individuen reserviert bleiben.

Einen Tumor der Vulva bei einer 76jährigen Frau beobachtete Thies (20), der makroskopisch die Diagnose Gumma, Karzinom oder Lupus offen ließ. Erst das Mikroskop erwies ein einwandsfreies Epitheliom mit reichlicher Bindegewebswucherung. Interessant an diesem Falle ist noch, daß 4 Jahre vorher ein kleiner derartiger Tumor des anderen Labiums exstirpiert worden ist. Ist der zweite nun eine langsam gewachsene Metastase oder ein selbständig entstandener Tumor?

Einen weiteren höchst eigenartigen Befund beschreibt L. Fraenkel (8). Bei einer 41jährigen Patientin, die sich seit 2 Jahren in Beobachtung befindet, besteht eine knorpelharte Infiltration vom Mons veneris, über Klitoris und kleine und große Labien hinweg, am Damm herunter fast bis zum Anus. Der Introitus ist so verengt, daß nicht einmal der kleine Finger in die Vagina eingeführt werden kann. Die Haut darüber absolut intakt, Leistendrüsen zeitweise sehr hart und geschwollen, doch ist dieser Befund wieder geringer geworden. Das Allgemeinbefinden der Patientin ist kaum gestört.

Unter Berücksichtigung des stetigen, wenn auch sehr langsamen Anwachsens und der differentialdiagnostisch in Frage kommenden Möglichkeiten äußert sich Fraenkel dahin, daß es sich um ein langsam wachsendes Neoplasma, nach Küstner um ein Karzinom handle.

Die Bartholinsche Drüse als Ausgangspunkt maligner Tumoren behandelt Chaboux, Lyon, in einer Dissertation (4). Die Diagnose ist durch den Situs, in der Tiefe des unteren Drittels des großen Labiums und die derbe Konsistenz gegeben. Bei der ernsten Prognose dieser Drüsenkarzinome hat die Therapie in möglichst frühzeitiger, breiter Ausschneidung und gleichzeitiger Ausräumung der Inguinaldrüsen zu bestehen.

Eine weitere, sehr selten beobachtete Drüsenneubildung der Vulva, jedoch benigner Natur, das Adenoma hydradenoides nach Pick, behandelt an der Hand eines eigenen Falles eine ausführliche Arbeit von Gross (11).

Bei einer 43jährigen Patientin der Prager Klinik wurden 4, etwa erbsengroße Knötchen der großen Labien exstirpiert, da das eine derselben während der Beobachtung deutliche Volumszunahme erkennen ließ, so daß man an eventuelle Malignität denken mußte. Die sorgfältig durchgeführte mikroskopische Untersuchung, durch vorzügliche Bilder erläutert, ergab vielzystische, kleine Adenome, zum Teil mit Ausführungsgängen, die ihrem ganzen Aufbau nach, Doppelschichtung des Epithels, Vorhandensein von Sekretzellen etc., an den Bau von Schweißdrüsen oder zum mindesten schweißdrüsenartige Gebilde erinnern. Ganz ähnliche Tumoren sind von anderen Autoren, insbesondere von L. Pick, ebenso gedeutet worden. Da diese kleinen Geschwülste, wie auch ein Fall von Ruge lehrt, Anlaß zu malignen Neubildungen geben können, empfiehlt Gross, den warzenähnlichen Gebilden der Vulva größere Aufmerksamkeit zu schenken.

Einen analogen Fall bei einer 62jährigen Frau beschreibt Williamson (22). Ein halberbsengroßes, weiches, bei Berührung leicht blutendes Knötchen wurde vom freien Rande des rechten Labium maius abgetragen. Nach 3 Jahren noch kein Rezidiv. Die Geschwulst wurde ebenfalls gebildet aus in reichliches Bindegewebe eingelagerten Acinis, deren Wandung aus zweischichtigem Epithel und einer deutlichen Tunica propria bestand. Stellenweise fanden sich in das Bindegewebsstroma eingesprengte solide Säulen epithelialer Zellen, die Williamson zunächst annehmen ließen, daß es sich um eine maligne Geschwulst, resp. Metastase eines glandulären Karzinoms aus einem anderen Körperteil handeln könne. Doch spricht der klinische Verlauf dafür, daß es ein Adenom sei und Williamson stellt sich auf die Seite von Pick, der Schweißdrüsen als Ausgangspunkt annimmt, wofür ja auch der histologische Befund zu sprechen scheint, im Gegensatz zu Schickele, der sie vom Wolfschen Körper ableiten will.

Zystische Neubildungen am kleinen Labium hat Bondi (2) nacheinander bei 3 Frauen beobachtet. Zweimal waren sie solitär, im vorderen Drittel des kleinen Labiums gelegen, im dritten Falle multipel, indem die ganze kleine Schamlippe von drei großen Zysten und zahlreichen kleinen durchsetzt wurde. Der Inhalt sämtlicher Zysten war schleimig, die Innenwand glatt. Histologisch erwiesen sich die Zysten von einschichtigem Zylinderepithel ausgekleidet; nach außen von dem Epithel fand sich eine bald breitere, bald schmälere Zone von Bindegewebe, in den Muskelfasern nicht nachzuweisen, darüber lag dann die pigmentierte, normale Haut des Labiums.

Den Ursprung dieser Zysten führt Bondi in Übereinstimmung mit A. Bluhm auf versprengte Schleimdrüsen zurück, was ja um so näher liegt, als ja im Vestibulum normalerweise diese Drüsen vorhanden sind. Gegen die Ableitung von Resten des Wolfschen Ganges wendet er sich, einmal weil ein Verlauf dieses Ganges im kleinen Labium noch nicht erwiesen, dann weil jegliche Wandmuskulatur fehlte, und schließlich sprach ihm auch das multiple Vorhandensein des einen Falles entschieden dagegen. Es handle sich demnach um einfache Retentionszysten von versprengten Schleimdrüsenkeimen.

Wenn wir uns nunmehr den Vulvatumoren desmoiden Ursprunges zuwenden, so stoßen wir auf noch größere Mannigfaltigkeit der Arten. Auch hier nehmen die malignen, d. h. die Sarkome in erster Reihe unser Interesse in Anspruch. Einen sehr seltenen Fall dieser Art, ein Melanosarkom der Vulva, beschreibt Wiener (21). Eine 55jährige Virgo bemerkte am Genitale eine nässende Warze von Fingernagelgröße und als diese in 3 Wochen auf über Markstückgröße gewachsen und bei Berührung blutete, suchte sie den Arzt auf.

Befund: Links von der Klitoris, zwischen Labium maius und minus sitzt auf schwarzem Grunde eine markstückgroße höckerige Exkreszenz, die auf der Unterhaut verschieblich ist. Da die Diagnose sofort zu stellen war, wurde am folgenden Tage bereits die Exstirpation weit im Gesunden, unter Mitnahme des Unterhautfettgewebes ausgeführt. Die Ausräumung der Inguinaldrüsen unterblieb, weil solche überhaupt nicht zu tasten waren.

Doch schon nach 10 Monaten stellte sich eine Schwellung der linken Leistendrüsen ein. Die jetzt exstirpierten Drüsen zeigten auf dem Durchschnitt deutlich die melanotische Verfärbung.

Wiener meint zwar, daß beim Sarkom, namentlich beim melanotischen, wo die Tumorkeime auf dem Blutwege metastasieren, eine Berücksichtigung des Lymphapparates überflüssig sei, doch widerlegt ihn ja zur Genüge der eigene Fall. Meines Erachtens kann man Dauererfolge überhaupt erst dann erwarten, wenn prinzipiell bei jeder malignen oder suspekten Neubildung der Vulva die regionären Lymphdrüsen mit ausgeräumt werden.

Die histologische Untersuchung, von Oberndorfer ausgeführt, erwies die typischen Charaktere des melanotischen Sarkoms.

Von einem kirschgroßen Spindelzellsarkom des Labium minus berichtet Driessen (6). Wie maligen diese Tumoren sind, erhellt daraus, daß die 44jährige Patientin trotz sorgfältiger Exstirpation bereits nach 10 Monaten an allgemeinen Metastasen zugrunde ging.

Einen eben solchen Fall beschreibt Freund (9). Gelegentlich einer Verletzung der Vulva wurde ein kirschkerngroßes Spindelzellsarkom der Vulva entdeckt und exstirpiert.

Von den gutartigen Tumoren interessieren zwei Fibromyome wegen ihrer außerordentlichen Größe.

Der Fall von Mond (14) betrifft ein junges Mädchen, bei dem im Verlaufe von 7 Jahren der Tumor auf Kindskopfgröße herangewachsen war. Ein Monstrum in seiner Art stellt der Fall von Géroulanos (10) dar. Hier wog der Tumor, mikroskopisch ebenso wie der erste ein Fibromyom, 8·5 *kg*, hatte eine Länge von 48 *cm* und einen größten Umfang von 67 *cm*. Diese Größe hatte der Tumor bei der nunmehr 44jährigen Patientin im Verlaufe von 10 Jahren erreicht.

Einen außerordentlich seltenen Fall, ein Neurofibrom des kleinen Labiums bei einem 26jährigen Mädchen, stellte Bondi (3) in der Wiener Gynaekologischen Gesellschaft vor. Der kirschkerngroße Tumor, der keierlei Symptome gemacht hatte, zeigte histologisch den typischen Bau des Neurofibroms. An einen Ausgang dieser Neubildung von Hautnervenästen ist demnach wohl kaum zu zweifeln, wenngleich Gebhard sowohl wie Veit behaupten, daß Tumoren dieses Ursprunges am äußeren Genitale nicht beobachtet sind.

Eine weitere Rarität stellt der von Simpson (18) beschriebene Fall eines Myxoma gelatinosum des großen Labiums dar. Derartige Fälle sind nach Simpson nur drei in der Literatur bekannt. Schließlich findet sich noch ein Lipom des linken großen Labiums bei einer 25jährigen Frau. Der Tumor soll nach Morel (15) seit früher Jugend bestehen, jedoch in letzter Zeit nicht unerheblich gewachsen sein. Mikroskopisch stellt er ein reines Lipom, durchzogen von vereinzelten Bindegewebsbalken, dar. Als Ausgang dürfte wohl zweifellos das Fett des Labiums selbst anzusehen sein.

Auch Tumoren nicht neoplasmatischer Natur spielen an der Vulva eine bedeutende Rolle, an ihrer Spitze vor allem die Elephantiasis. So beschreibt Siedentopf (17)

einen riesigen Tumor von 15 Pfund Gewicht, der von den großen Labien und der Klitoris seinen Ausgang genommen und in 2 Jahren zu dieser enormen Größe angewachsen war. Die mikroskopische Untersuchung ergab ein exzessives Wachstum des subepithelialen Bindegewebes mit strahliger Anordnung der Fasern. Da die Epidermis nicht verdickt, sondern nur zahlreiche Knötchen und Erhebungen aufweist, so ist die Geschwulst nach Gebhard als Elephantiasis tuberosa vulvae aufzufassen.

Ein analoger, nur nicht so exzessiver Fall ist der von M. D. Proskujakowa (16) beschriebene. Bei einer 48jährigen Frau wurde ein 14 *cm* langer und $10^1/_2$ *cm* im Durchmesser breiter Tumor, der von der rechten kleinen Schamlippe seinen Ausgang genommen, abgetragen. Die auf Elephantiasis gestellte Diagnose wurde durch das Mikroskop bestätigt.

Eine der Elephantiasis ähnliche Krankheitsform, das indurierende Ödem der Vulva, beschreibt Taylor (19). Er konnte es als Begleiterscheinung der Syphilis nicht nur im frühesten, sondern auch im Spätstadium beobachten. Die tumorartige Härte veranlaßt leicht Fehldiagnosen: Elephantiasis, Sarkom, Karzinom? Bei zeitig eingeleiteter antiluetischer Kur tritt leicht Heilung ein, so sah er es gelegentlich zur Craurosis vulvae kommen.

Auch die Tuberkulose spielt bei den Tumoren der Vulva eine Rolle, wie der Fall von Logothetopulos (12) aus der Amannschen Klinik beweist. Bei einer 75jährigen Nullipara fand sich ein mandelgroßer geschwüriger Tumor an der Urethralmündung, der für Karzinom gehalten und exzidiert wurde. Die mikroskopische Untersuchung der Geschwulst ergab, daß es sich um die typische miliare, ulzeröse Form der Hauttuberkulose handle.

Zum Schlusse gehört hierher noch eine bei Frauen sehr seltene Geschwürsform, das Ulcus gangraenosum serpiginosum, wie diese Affektion von dem zugezogenen Dermatologen bezeichnet wurde. Fabricius (7) stellte in der Wiener Gynaekologischen Gesellschaft eine 26jährige Frau vor, die ein zirka zweimarkstückgroßes Geschwür zwischen Urethralmündung, Klitoris und kleinen Labien hatte, dessen unterminierte, wulstige Ränder sich hart anfühlten und speckig belegt sind. Die Differentialdiagnose schwankte zwischen Lues und Tuberkulose, beide konnten jedoch ausgeschlossen werden. Vielmehr handelte es sich um die oben bezeichnete, bei Frauen am Genitale selten beobachtete Geschwürsform, wie sie an Stellen aufzutreten pflegt, wo Schleimhäute sich berühren und die Luft schwer Zutritt hat.

Vereinsberichte.

Nederlandsche Gynaecologische Vereeniging zu Amsterdam. Sitzung vom 13. Oktober 1907. Vorsitzender: Prof. Nijhoff. Lokosekretär: Dr. Ittmann.

Stratz demonstriert ein Carcinoma cervicis uteri mit Ovarium accessorium und Parasalpinx.

42jährige V-para. Letzter Partus vor 15 Jahren; nachher Phlebitis am linken Bein. Jetzt Schmerzen im Rücken und in der linken Iliakalgegend. Diagnose: Retroflexio uteri fix. + Oophoritis. Reposition (Schultze) in Narkose. Pessar wird nicht vertragen. 1. April 1905 Laparotomie. Linkes, zystös entartetes Ovarium exstirpiert. Uterus aus den Adhäsionen befreit, wird durch Einnähen vom Stiel aus am linkem Lig. ovar., Tube und Lig. rot. in der unteren Wundecke ventrofixiert. März 1907. Leicht blutende Erosion, welche im Jänner 1907 noch nicht bestand. Exzision. Mikroskopische Diagnose:

Polypöse Wucherung des Bindegewebes, spärliche Drüsen und viele Gefäße. Erosion heilt nicht, nimmt an Größe zu. Juli 1907 abermals Exzision. Mikroskopische Diagnose: Karzinom. 20. Juli 1907 vaginale Totalexstirpation. Beide Parametrien stark infiltriert. Sehr schwierige Lösung des linken ventrofixierten Adnexstieles. Im linken Parametrium keine infiltrierten Drüsen; mit dem rechten Parametrium werden zwei umschriebene, drüsenartige Gebilde mitexstirpiert. Das Präparat zeigt: 1. ein Knotenkarzinom der Cervix uteri, nach der Portio perforiert; 2. ein zystös degeneriertes Ovarium, die beide mit Tube und Ovarium verbunden drüsige Gebilde sind, 3. ein akzessorisches Ovarium und 4. eine zystös verschlossene Parasalpinx.

Mendels fragt, ob wegen der früheren Ventrofixation eine abdominelle Operation nicht besser gewesen wäre.

Stratz operiert prinzipiell vaginal, wenn das Parametrium gut erreichbar ist.

Kouwer bezweifelt, ob eine genaue Exstirpation des Parametriums auf vaginalem Wege möglich sei.

Nijhoff stimmt Mendels bei. Er fragt, ob das rechte Ovarium bei der ersten Operation schon erkrankt war.

Stratz meint, man könne bei der vaginalen Operation das Lig. latum fortnehmen bis zur Beckenwand. Auch bei der abdominellen Operation geht man nicht weiter. Der vaginale Weg sei weniger eingreifend. Bei der ersten Operation ist er abdominell vorgegangen, weil es sich um die Beseitigung von Adhäsionen handelte, welche Schmerzen verursachten. Das rechte Ovar war damals nur etwas vergrößert, nicht zystös degeneriert.

Van der Hoeven demonstriert: 1. einen Tumor vaginae, welcher aus kleinen Zysten mit einschichtigem Epithel zusammengesetzt ist; 2. ein Carcinoma vaginae, ohne Zusammenhang mit der Portio vaginalis (mikroskopisches Drüsenkarzinom); 3. ein nach zweimaliger Operation zum zweiten Male rezidiviertes Teratom des kleinen Beckens, infolgedessen Patientin in kurzer Zeit erlag.

Van der Hoeven betrachtet diese drei Tumoren als Abkömmlinge des Wolffschen Körpers. Im dritten Falle sei der Wolffsche Gang Träger eines vom Mesoblast verirrten Keimes gewesen.

Holleman demonstriert einen auf abdominellem Wege exstirpierten karzinomatösen Uterus.

Bolk demonstriert an menschlichen Embryonen eine Ektopie des Dünndarms im Nabelstranggewebe, welche im zweiten Monat des embryonalen Lebens physiologisch vorkommt und mit dem Wachstum der Leber zusammenhängt. Diese Hernia findet sich gleichfalls bei Embryonen von Ratte und Maulwurf.

Nijhoff demonstriert Präparate von:

I. einem Fall von Insertio velamentosa mit Zerreißung der Vena umbilicalis vor dem Blasensprung. Patientin war im siebenten Monat der zehnten Schwangerschaft. Die sechs vorigen Schwangerschaften hatten alle etwa im siebenten Monat prämatur geendigt. Auch diesmal trat nach vorherigem Auftreten von geringer Blutung die Geburt im siebenten Monat ein. Das Kind war tot. Die Vena umbilicalis war in ihrem Verlaufe durch die Eihäute, etwa $2^1/_2$ *cm* von der Trifurcatio der Gefäße, zugleich mit dem Chorion zerrissen. Das Amnion war an dieser Stelle intakt. Die Anwesenheit eines schwarzen Koagulums über etwa einem Drittel der uterinen Fläche der Plazenta beweist, daß auch eine vorzeitige partielle Lösung der Plazenta stattgefunden hat. Redner vermutet als Ursache der wiederholten Frühgeburten eine chronische Endometritis, welche wahrscheinlich durch die stark klaffenden Zervixrisse unterhalten wird.

II. Einen Foetus papyraceus innerhalb eines ektopischen Fruchtsackes.

III. Ein Photogramm von einem durch Selbstentwicklung bei Schulterlage geborenen Fötus.

An der Diskussion beteiligen sich de Snoo, Kouwer und van der Hoeven.

Nijhoff bespricht

IV. die Therapie der Geburt bei engem Becken in der Groninger Frauenklinik. 193 Geburten bei engem Becken bei einer Totalziffer von 837 Geburten. Die Zahl der verengten Becken zweiten und dritten Grades ist verhältnismäßig groß. Es hatten eine Conj. diag. bis 10 *cm* 63·5%, $<$ 10 bis 9 *cm* 31·3%, $<$ 9 *cm* 5·2%. Fünf Frauen starben nach der Geburt, zwei nach Sectio caesarea an Peritonitis, eine nach Partus ante

praematurum an Verblutung aus einem Zervixriß, eine nach forzipaler Extraktion an (embolischer?) Pneumonie, eine nach Perforation an akuter Sepsis. Letztere war kreißend nach Perforationsversuchen zu Hause eingebracht worden. Von den Kindern sind 157 lebend entlassen, 36 sind gestorben; 12 davon waren beim Eintritt der Mutter in die Klinik bereits tot. Zahl der spontanen Geburten: von 47 Primiparae 21 = 44·7%, von 146 Multiparae 36 = 24%. Die therapeutischen Maßnahmen bestanden in: typischer Forzeps 3 Fälle (K. l.), atypischer Forzeps (tiefster Teil des Schädels noch über der Interspinallinie) 14 Fälle (1 K. †), Extraktion 5 Fälle (K. l.), indizierte Wendung 9 Fälle (3 K. †), prophylaktische Wendung 33 Fälle (4 K. †), künstliche Frühgeburt 18 Fälle (6 K. †), rechtzeitige künstlich eingeleitete Geburt (d. h. Einleitung der Geburt am berechneten Schwangerschaftsende) 10 Fälle (1 K. †), Sectio caesarea 21 Fälle (4 K. †), Perforation 15 Fälle (11 tote, 4 lebende Kinder, letztere nach vergeblichem Zangenversuch).

Nijhoff nimmt sich vor, in Zukunft die künstliche Frühgeburt einzuschränken, vielleicht auch die prophylaktische Wendung. Die Sectio caesarea will er hochhalten und daneben vielleicht den beckenerweiternden Operationen einen bescheidenen Platz einräumen.

Die Diskussion wird vertagt.

Zum Schlusse demonstriert Kouwer ein neues, gefährliches Präventivmittel: ein aus Paris stammendes intrazervikales Pessar.

Sitzung vom 17. November 1907. Vorsitzender: Prof. Nijhoff. Schriftführerin: Doktor Catharine van Tussenbroek.

de Josselin de Jong demonstriert eine als Mädchen erzogene 16jährige Person von zweifelhaftem Geschlecht. Das Nichteintreten der Menstruation und die Form der äußeren Genitalien haben die Familie über das Geschlecht stutzig gemacht. Als Kind hat sich die Person in Spiel und Neigungen mehr dem Typus des Knaben genähert. Allgemeiner Körperbau: Schultergürtel schmal, Mammae wenig entwickelt, Atmung abdominal. Ziemlich starke Lendenlordose. Raute von Michaëlis schön entwickelt. Hüfte rund, gefüllt. Beckenmaße männlich. Obere Lippe etwas behaart; Larynx weiblich. Stimme für ein Mädchen zu tief. Äußere Genitalien: Haarwuchs weiblich. Penisartiges Organ mit leicht sezernierender Furche an der unteren Fläche; Glans unbedeckt. Das nicht durchbohrte Organ ist nach unten gekrümmt, 7 *cm* lang, 9 bis 10 *cm* im Umfang. Nach hinten rechts und links eine breite Hautfalte; dazwischen kleine Schleimhautfalten, welche Lab. min. gleichen und ein Hymen mit zentraler Öffnung umschließen; darüber das Ostium urethrae. Keine Geschlechtsdrüsen zu entdecken, weder in den Hautfalten noch im Leistenkanal. An Stelle der Vagina findet sich ein $4^1/_2$ *cm* tiefer Blindsack. Von einem Uterus nichts zu entdecken. Beim Hochhinaufdringen vom Rektum aus befindet sich rechts ein Strang, welcher lateralwärts in einen kleinen, ovalen Körper (Geschlechtsdrüse?) endet. Links ist nichts derartiges zu fühlen. Druck auf die Stelle, wo beim Manne die Vesiculae seminales liegen, bringt nur etwas Schleim ohne Spermatozoiden oder Kristalle zutage.

Die Befunde von de Josselin de Jong werden nach Narkotisierung der Person durch einige Mitglieder der Gesellschaft befestigt und dahin erweitert, daß sich im Grunde des Vaginalsackes eine kleine Vertiefung befindet, welche vielleicht als Ostium einer rudimentären Portio vag. gedeutet werden kann.

Treub hält die Person für ein weibliches Individuum mit unilateralem, rudimentärem Geschlechtsapparat. Mendes de Leon und van Tussenbroek sind der gleichen Ansicht.

Nijhoff meint, das Geschlecht sei klinisch nicht festzustellen. Das rudimentäre Organ könnte ebenso gut ein rudimentärer Testikel sein, welcher bei Kryptorchismus an gleicher Stelle liegen kann als das Ovarium. Nur mikroskopisch sei eine Entscheidung möglich.

Im Anschluß an diesen Fall hält de Josselin de Jong einen Vortrag über wahren und falschen Hermaphroditismus, eine Unterscheidung, welche richtiger getroffen wird durch die von Siegenbeek van Heukelom eingeführte Benennung Hermaphroditismus der Geschlechtsdrüsen und Hermaphroditismus der Geschlechtsgänge, kürzer Glandular- und Tubularhermaphroditismus. Die glanduläre Form ist äußerst selten, wie Redner durch eine kritische Literaturübersicht dartut. Für die meisten angeblichen Hermaphroditen besteht die Aussage Virchows zu Recht, daß es geschlechtslose Wesen

sind, welche über das Stadium des Indifferentismus nicht hinausgekommen sind. Auch für den hier demonstrierten Fall trifft das gewiß zu. Es fragt sich jetzt, ob es im Interesse der betreffenden Person sei, daß sie ihr Leben im weiblichen Gewande weiter führt, oder ob es besser sei, sie als Mann weiter ins Leben zu schicken. Redner meint das letztere. Die Wahrscheinlichkeit ist groß, daß mit zunehmendem Alter die äußere Form ein mehr männliches Gepräge bekommt, was ihr im Gewande des Weibes vielerlei Schwierigkeiten bereiten könnte.

Treub stimmt den praktischen Argumenten de Josselin de Jongs bei, kann aber nicht zugestehen, daß die Person geschlechtslos sei. Er hält sie für ein weibliches Individuum, hauptsächlich auf Grund der Plica, mit welcher die Geschlechtsdrüse verbunden ist und welche er für die rechtseitige Plica Douglasii hält.

de Josselin de Jong repliziert, daß er die Patientin als funktionell geschlechtslos betrachtet, was für die praktische Frage entscheidend ist.

Nijhoff kann sich mit dem Vorschlag, die Patientin dem männlichen Geschlechte einzuverleiben, nicht einverstanden erklären. Eine wissenschaftliche Entscheidung ist unmöglich, und auf diesen Standpunkt müssen wir uns auch dem Richter gegenüber stellen.

de Josselin de Jong betont den psychischen Wert der Entscheidung. Unsicherheit über die Sexe wirkt perniziös. Das Warten auf den Geschlechtstrieb hat keinen Sinn, weil bei derartigen defekten Personen die sexuellen Neigungen nicht durch den Charakter der Geschlechtsdrüsen bestimmt werden. Für die Heirat eignet sich die Person weder als Mann noch als Frau, und ledig zu bleiben wird am wenigsten schwierig sein, wenn die Person als Mann in der Welt herumgeht.

Meurer teilt einen Fall mit von intravenöser Einspritzung von Kollargol bei Febris puerperalis. Die vor etwa fünf Jahren in dieser Gesellschaft mitgeteilten Erfahrungen waren zwar ziemlich ungünstig, dennoch hat Meurer neuerdings in einem schweren Fall von Febris puerperalis nach dem Mittel gegriffen, ermuntert durch die von Bonnaire mitgeteilte günstige Statistik (Revue médicale, 21. November 1906).

Meurers Fall betraf eine Luetika, welche nach der Geburt eines abgestorbenen Kindes an schwerer Pyämie erkrankte, kompliziert mit Pneumonie. Es wurden fünf Injektionen von Kollargol in die Armvene gemacht. Die Schüttelfröste hörten auf, Patientin fühlte sich subjektiv besser, aber dennoch erfolgte der Tod 7 Wochen nach der Entbindung. Im Anschluß an die Injektionen wurde eine starke Leukozytose konstatiert.

Nijhoff hat die Kollargoltherapie in 3 Fällen versucht ohne deutlichen Erfolg. Weder seine Fälle noch der Fall Meurers seien zur Beurteilung des Wertes der Kollargolbehandlung geeignet; nicht bei Pyämie, sondern bei Septikämie soll die Methode leistungsfähig sein.

van der Hoeven kann nur über einen Fall berichten, analog dem Falle Meurers. Auch er sah keinen Effekt. In der chirurgischen Klinik von Prof. Korteweg (Leiden), wo die Kollargoltherapie eingehend geprüft worden ist, wurde dieselbe beinahe ganz wieder verlassen, und ausführliche Tierexperimente, von Vriesendorp angestellt, haben auch kein deutliches Resultat gegeben. Betrachtet man die in der Literatur angegebenen günstigen Fälle etwas genauer, dann gibt es viele darunter, welche einer strengen Kritik nicht Stand halten.

Driessen hält einen Vortrag über Glykogen in der Plazenta (ausführlich publiziert im Archiv für Gynaekologie, Bd. 82), erläutert durch Skioptikondemonstration von mikroskopischen Präparaten. Die Untersuchungen Driessens umfassen die Plazenten von Kaninchen, Mäusen und Menschen. Zur Darstellung des Glykogens wurde die Methode von Best gewählt. Beim Kaninchen findet sich die erste Andeutung von Glykogen in den mesometralen Falten der Gebärmutter, wo sich am achten Tage die Einbettung des Eichens vorbereitet. Am neunten Tage sind alle Gefäße der Mukosa von einem Mantel einkerniger Glykogenzellen umgeben. Während das fötale Epithelium in Wucherung begriffen ist und das mutmaßliche Epithel zugrunde geht, erscheint zwischen fötalem und mütterlichem Gewebe eine Lage von großen, mehrkernigen Zellen, welche überaus reich sind an Glykogen. Diese Zellen werden von manchen vom mütterlichen Epithel abgeleitet (Masquelin und Swaen, Doorman, Ulesco Stroganowa), während andere dieselbe als Bindegewebszellen betrachten (Duval, Minot). Alle Forscher aber, welche sich mit dem Glykogengehalt der Kaninchenplazenta beschäftigen, sind darüber einig, daß diese Zellen mütterliche, mehrkernige Deziduazellen

sind. Die fötale Plazenta bleibt beim Kaninchen während des ganzen Plazentationsprozesses glykogenfrei. Wenn man einen senkrechten Schnitt durch die Kaninchenplazenta mit Jodlösung durchtränkt, dann nimmt man drei Schichten wahr: 1. die innere, glykogenfreie fötale Plazenta, 2. die dunkelbraune intermediäre Schicht von vielkernigen Deziduazellen, 3. die weniger dunkel gefärbte, der Muskularis anliegende Deziduaschicht, welche die einkernigen, glykogenreichen Deziduazellen enthält. Der Glykogengehalt der mütterlichen Plazenta erreicht das Maximum zwischen dem 12. und 16. Tag, um zwischen dem 16. und 22. Tag zu verschwinden.

Bei einer schwangeren weißen Maus fand Driessen folgendes: 1. Die mütterlichen einkernigen Deziduazellen sind reich an Glykogen; 2. die größte Ansammlung von Glykogen fand sich auch hier zwischen fötaler und mütterlicher Plazenta; 3. die fötale Plazenta war frei von Glykogen; 4. weder im mütterlichen Endothel, noch im Synzitium war Glykogen zu finden.

In fünf jungen menschlichen Schwangerschaftsprodukten wurde ebenfalls Glykogen gefunden. Am reichsten an Glykogen ist in der sehr jungen menschlichen Plazenta die Schicht von großkernigen Zellen, welche die Peripherie des Eichens umgibt. Diese Zellen sind identisch mit der Schicht, welche Siegenbeek van Heukelom als degeneriertes Trophoblast betrachtet. Driessen ist mit Mertens auf Grund des Glykogengehaltes der Meinung, daß diese Zellen mütterliche Deziduazellen sind. In älteren Plazenten findet man Überreste dieser Zellschicht in den Langhansschen Zellknoten. Mit der Methode von Best findet man in diesen Zellknoten dreierlei Gewebe: 1. glykogenfreies Syncytium, 2. glykogenarme Zellen von Langerhans und 3. glykogenreiche Deziduazellen. Aus diesen Untersuchungen ergibt sich, daß auch beim Menschen in einem gewissen Stadium der Plazentation das Ei von einer Schicht glykogenreichen Gewebes umgeben ist, welches ohne Zweifel bei der Ernährung der jungen Frucht eine bedeutende Rolle spielt.

Die Diskussion wird vertagt.

Sitzung vom 15. Dezember 1907. Vorsitzender: Prof. Nijhoff. Schriftführerin: Doktor Catharine van Tussenbroek.

Driessen demonstriert folgende makroskopische Präparate:

1. Adenocarcinoma papillare ovarii dextri. Der äußere Anblick des Tumors führte zur Vermutung einer Corpus luteum-Zyste. Nach Eröffnung der Zyste zeigten sich papilläre Wucherungen, welche sich im mikroskopischen Bilde als maligne Epithelnester in der Wand fortsetzten.

2. Ein Fibromyoma uteri permagnum (Operateur Driessen). 37jährige, verheiratete Frau (1 Partus, 7 Abortus). Vagina eng, nach oben verzogen, Portio nicht zu erreichen, Das ganze Abdomen angefüllt von einem Tumor, welcher intraligamentär entwickelt und fest mit der Beckenwand verbunden war. Die Diagnose schwankte zwischen Myom, multilokulärem Kystom und Sarkom. Operation schwierig. Tumor intraligamentär; der linke Ureter, zwischen zwei Myomknoten verschoben, konnte ohne Schaden gelöst werden. Blase, mit der Vorderfläche des Tumors innig verwachsen, wird angeschnitten und sogleich genäht. Nach Entfernung des Tumors Drainage nach der Vagina. Genesung anfänglich von Fieber gestört, nachher gut. Bemerkenswert ist die Abwesenheit von Hydronephrose trotz der bedeutenden Verlagerung des linken Ureters.

3. Großes multilokuläres Kystom des rechten Eierstockes (Operateur Treub). 39jährige Nullipara. Fester Tumor bis zum Rippenbogen. Seit 14 Tagen Schmerzen, sonst keine Beschwerden. Menstruation regelmäßig. Diagnose schwankt zwischen intraligamentärem Myom, multilokulärem Kystom oder beiden. Vor der festen Geschwulst liegt im Lig. ant. ein fluktuierender Tumor. Kleines Becken frei. Der exstirpierte Tumor zeigt an der Vorderfläche zwei große dünnwandige Zysten, besteht übrigens aus einer festelastischen Masse, die aus kleinen Kolloidzysten zusammengesetzt ist.

4. Zweikammeriges Ovarialkystom (Operateur Treub). 64jährige Patientin; Leib schon lange aufgetrieben, seit 2 Monaten Schmerzen. Eine der Zysten hat blutigen, die zweite klaren Inhalt. Die Innenwand beider ist von papillären Wucherungen besetzt.

5. Myom, aus schwangerem Uterus enukleiert (Operateur Treub). 30jährige Patientin, schwanger seit etwa 2 bis $2^1/_2$ Monaten. Fluor. Bedenklich schnelle Umfangszunahme des Abdomens. Diagnose: Abortus imminens, Uterus myomatosus. Operation: Mehrere Myomknoten werden en masse enukleiert. Dabei wird das Cavum

uteri geöffnet und das Ei entfernt (wegen der starken Anämie). Das Cavum uteri wird von oben aus curettiert. Nachher wird das Cavum mit Catgut, die Muskelwand mit Seide genäht. Glatte Heilung.

6. Enukleiertes, faustgroßes Myom (Operateur Treub). 33jährige, unverheiratete Patientin. Schwere Dysmenorrhöe, bisweilen Störungen beim Urinlassen. Tumor hinter dem Uterus. Diagnose ohne Narkose: Ovarialkystom. Diagnose in Narkose vor der Operation: wahrscheinlich Myom. Bauchschnitt. Enukleation des faustgroßen Myoms. Schwere Blutung, durch Umstechung gestillt. Cavum uteri nicht eröffnet. Am Nachmittag Puls schlecht, wird nach Kampfer-Äthereinspritzung besser. Patientin ist anämisch, scheint sich langsam zu erholen. Am sechsten Tage dennoch Exitus letalis.

Diskussion: Kouwer bemerkt, daß zu seiner Genugtuung auch die Amsterdamer Klinik bisweilen Schwierigkeiten empfindet bei der Differentialdiagnostik zwischen Cystoma ovarii und Fibromyoma uteri. Auch er könnte davon erzählen, wenn auch in einzelnen Handbüchern (z. B. im Handbuch von Veit) geschrieben steht, daß Täuschungen auf diesem Gebiete nicht vorzukommen brauchen. Bezüglich des zweiten Falles bemerkt er, daß man das Bestehen von Hydronephrose nicht ausschließen kann, wenn man das Nierenbecken nicht betastet hat. Mit Bezug auf den fünften Fall, wo bei der Enukleation eines Myoms die schwangere Gebärmutter eröffnet und des Eies entleert wurde, fragt er, ob er richtig verstanden habe, daß diese Behandlung im Operationsplan lag.

Driessen stimmt dem bei.

Kouwer enthält sich einer Kritik wegen Abwesenheit des Operateurs.

de Josselin de Jong fragt nach dem mikroskopischen Befunde bei dem unter 2. gezeigten großen Tumor.

Driessen erwidert, daß dieselbe nicht viel Licht gegeben hat. Die Zyste mag vielleicht eine Lymphzyste gewesen sein. An einzelnen Stellen blieb die Differentialdiagnose zwischen Fibromyom und Fibrosarkom unsicher.

Stratz bemerkt, daß im sechsten Falle, wo nach der Enukleation eine heftige Blutung entstand, nicht eine einfache Enukleation ausgeführt ist. Die Blutung kam gewiß aus der Uteruswand.

Nijhoff stimmt bei. Tatsächlich ist hier eine Resectio uteri gemacht worden. Der Uterus kann nach der Operation kaum eine normale Form gehabt haben.

Driessen sagt, daß freilich ein großer Teil der Uteruswand reseziert worden ist.

Nijhoff zeigt Stereogramme:

a) von einem Uterus gravidus in der sechsten Schwangerschaftswoche mit beginnendem Portiokarzinom. Nach der Härtung des eröffneten Uterus ist das Ei vorsichtig geöffnet worden. Das Amnion hat das Chorion noch nicht erreicht. Neben dem Amnion liegt die Dotterblase;

b) Röntgenstereogramm von einem Xiphopagus.

Im Anschluß an Nijhoffs Vortrag über die Therapie beim engen Becken (Sitzung vom 13. Oktober 1907) teilt Kouwer die Statistik der Utrechter Klinik aus den Jahren 1899—1905 mit. Die Groninger Klinik gab 193 enge Becken auf 837 Partus. Die Utrechter Klinik gibt 243 enge Becken auf 919 Partus. Die scheinbar größere Verhältnisziffer der engen Becken in Utrecht hängt damit zusammen, daß Kouwer auch die weniger großen Beckenanomalien (C. D. $>$ 11 *cm*) mitrechnet, weil dieselben seiner Ansicht nach für die Geburt nicht immer indifferent sind. Unter 142 Becken mit C. d. von 11 oder mehr Zentimetern mußte 31mal eingegriffen werden; 13 Kinder hatten ein Gewicht über 3400 *g*, was selbstverständlich den Einfluß des Beckens verstärkt. Weil Nijhoff die C. d. als Maßstab gewählt hat, hat Kouwer seine Zahlen danach umgerechnet, obwohl er selbst die C. v. bevorzugt, welche einen direkten Vergleich mit der Biparietalis des Kindes zuläßt. Vergleicht man nach Abzug der 142 eben genannten Fälle die Zahlen der Utrechter mit der Groninger Klinik, dann findet man: Utrecht 101 enge Becken auf 919 Partus = 11%, Groningen 193 enge Becken auf 837 Partus = 23%, ein großer Unterschied, der vielleicht zum Teil auf Verschiedenheit der Meßmethode zurückzuführen ist. Sobald sich alle in der Messung der C. v. mit einem zuverlässigen Instrument (Bylicky, Gaus) einigen, werden solche zufällige Differenzen fortfallen. Zahl der Multiparen in Utrecht 64%, in Groningen 77%. Mortalität der Mütter in Utrecht 1 (atonische Blutung nach Spontangeburt), in Groningen 5. Mortalität der Kinder: Utrecht 15 = 15%, Groningen (nach Abzug der leb-

los aufgenommenen) 24 = 12·4%. Spontane Partus bei Erstgebärenden Utrecht 59%, Groningen 44·7%, bei Mehrgebärenden Utrecht 25%, Groningen 24%. Die 101 engen Becken der Utrechter Klinik zerfallen nach dem Schema Nijhoffs in: Conj. diag. bis 10 *cm* 82% (Groningen 63·5%), bis 9 *cm* 15% (Groningen 31·5%), > 9 *cm* 3% (Groningen 5·2%).

Therapie: 1. Hohe Zange. Utrecht 7 (1K.†), Groningen 13 (5K.†). (Von diesen 5 toten Kindern wurden 4 nach vergeblichem Zangenversuch perforiert.) In Utrecht wurden 2 Frauen durch die hohe Zange schwer geschädigt.

2. Prophylaktische Wendung wurde in Utrecht gar nicht gemacht (Groningen 33mal, 4 K. †). Vielleicht liegt hier die Ursache, daß die Zahl der spontanen Partus in Utrecht größer ist.

3. Partus arte praematurus. Die Teilung Nijhoffs in frühzeitig und rechtzeitig eingeleitete Geburt will Kouwer nicht gelten lassen, da die rechte Zeit der Geburt niemals sicher zu bestimmen ist. Entscheidend ist nur das Verhältnis zwischen Kindskopf und Becken. Kouwer zählt also Nijhoffs beide Arten von aufgeweckter Geburt zusammen. Utrecht 20 Fälle (3 K. †), Groningen 18 + 10 = 28 Fälle (7 K. †). In Utrecht verliefen von den 20 Fällen von Partus arte praematurus 10 ohne weitere Kunsthilfe, in Groningen von den 18 frühzeitig aufgeweckten Geburten nur eine.

Kouwer stimmt der Erfahrung von Nijhoff bei, daß die künstliche Frühgeburt bei Becken mit Conj. diag. von 9·5 *cm* und darunter schlechte Resultate gibt. Nicht einverstanden kann er sich mit Nijhoff erklären, als dieser den Partus arte praematurus bei Becken mit Conj. diag. von 10 *cm* oder darüber für überflüssig erklärt. Gerade diese Fälle geben oft aus dem Verlaufe der vorigen Partus eine Indikation zum Partus arte praematurus und hier erzielt die Operation vorzügliche Resultate. Vergleicht man die Utrechter und die Groninger Klinik, dann zeigt sich, daß im allgemeinen die künstliche Frühgeburt bei viel stärker verengten Becken ausgeübt wird als in Utrecht.

4. Sectio caesarea. Utrecht 21 Fälle (alle Mütter lebend, 3 K. †), Groningen 21 Fälle (2 Mütter und 4 K. †). Hier gilt dieselbe Bemerkung wie bei der vorigen Rubrik. Die Mehrzahl der Fälle von Sectio caesarea und künstlicher Frühgeburt liegt in Groningen bei den Becken mit C. D. < 10 *cm*, in Utrecht bei den Becken mit C. D. > 10 *cm*.

5. Perforation. In Utrecht 4mal bei toter Frucht, in Groningen 15mal (11mal bei toter Frucht, 4mal bei wahrscheinlich sterbender Frucht).

Im allgemeinen sind die Resultate für Mutter und Kinder in Utrecht günstiger gewesen als in Groningen. Die Erklärung sucht Kouwer in folgenden Umständen: 1. Nijhoff hat prophylaktische Wendung gemacht in Fällen, wo vielleicht spontaner Partus möglich gewesen wäre und eine bessere Prognose für die Kinder hätte geben können. 2. Nijhoff hat künstliche Frühgeburt eingeleitet bei Graden von Beckenenge, welche nach der Ansicht Kouwers nicht mehr dazu geeignet waren. 3. Die Groninger Klinik hat viel mehr enge Becken stärkeren Grades zu behandeln gehabt als die Utrechter Klinik, wenn auch die Möglichkeit nicht von der Hand zu weisen ist, daß die Verschiedenheit der Beckenmaße mehr oder weniger in Verschiedenheit der Untersuchungsmethode begründet ist.

van der Hoeven berichtet über 28 Partus bei Beckenenge aus der Leidener Klinik. Mütter alle lebend. Mortalität der Kinder 4 = 14% (eines der Kinder vorher abgestorben). 5mal erfolgte der Partus spontan, 6mal wurde Sectio caesarea verrichtet (Kinder alle lebend). van der Hoeven stellt als untere Grenze für künstliche Frühgeburt 8·5 *cm* (C. V.) auf.

Meurer bringt die Statistik der Amsterdamer Hebammenschule von 1897—1907: 2400 Geburten, darunter 167 enge Becken, also 7%. Von den 167 engen Becken waren 51 plattrachitisch, 38 allgemein verengt plattrachitisch, 47 allgemein gleichmäßig verengt, 19 waren einfach platt, 9 im Ausgange verengt, 2 im Ausgange verengt infolge Lumbosacralxiphose, 1 war ein plattes Luxationsbecken. Diese Becken zerfallen in: C. D. 10 *cm* und darüber 158 = 94% (Groningen 63·5%), 9 bis 10 *cm* 8 = 5% (Groningen 31·3%), < 9 *cm* 1 = 0·6% (Groningen 5·2%). Auch im Vergleich mit Amsterdam überwiegen also die engen Becken stärkeren Grades in Groningen bedeutend. In Übereinstimmung damit ist in der Amsterdamer Hebammenschule die Zahl der Spontangeburten viel größer, 115 auf 167 (11 K. †; 3 kommen nicht auf Rechnung des engen Beckens).

Therapie: Forzeps 13 (5 K. †), Expressio (Kristeller) 11 (3 K. †), Extractio 7 (1 K. †), indizierte Wendung 13 (4 K. †), prophylaktische Wendung 6 (1 K. †), Partus arte praematurus 22 (23 K. [1mal gem.] 3 K. †), rechtzeitig aufgeweckte Geburten 2 (2 K. †), Sectio caesarea 1, Hebosteotomie 5 (1 K. †, Mütter gut), Perforation 3 (einmal beim lebenden Kinde).

Zu den Fällen von Partus arte praematurus bemerkt Meurer, daß die Mehrzahl der Becken eine C. D. von 10 oder $>10\,cm$ hatten. Gegenüber Nijhoff und übereinstimmend mit Kouwer ist er der Meinung, daß der Partus arte praematurus sich gerade bei solchen Becken bewährt. Darunter gibt er schlechte Resultate. In den Utrechter und Groninger Statistiken fehlt die Rubrik Expressio. Wird die Methode nicht mehr ausgeübt?

Kouwer erwidert, daß die Expressio in Utrecht geübt, aber nicht zu den künstlichen Entbindungen gezählt wird.

Nijhoff fragt, ob Meurer die Expressio als prämeditierte Methode ausführt, d. h. in Fällen, wo eine deutliche Indikation zur Beendigung der Geburt vorliegt, so daß bei Mißlingen der Expressio sofort zum Forzeps gegriffen wird.

Meurer führt die Expressio bei langwierigen Geburten aus in der Hoffnung, daß sich dadurch eine Ausgangszange vermeiden läßt. Weil seine Schüler Hebammen sind, hat er die Pflicht, so lange wie möglich die Natur arbeiten zu lassen und Kunsthilfe tunlichst zu vermeiden. Diesem vielleicht etwas zu stark in den Vordergrund gerückten Prinzip mögen vielleicht ein paar Kinder zum Opfer gefallen sein.

de Snoo berichtet über die Hebammenschule in Rotterdam. Zahl der Geburten (1. Jänner bis 10. Dezember 1907) 408; enge Becken 66 = 16%. Bei den engen Becken Spontanpartus 30mal (1 K. †, mazeriert), Kunsthilfe 28mal nach folgenden Prinzipien. Quer- und Steißlagen werden womöglich in Schädellagen umgewandelt. Bleibt der Kopf während der Geburt über dem Beckeneingang, dann in geeigneten Fällen hohe Zange. Mißlingt diese oder ist sie kontraindiziert, dann muß gewählt werden zwischen Sectio caesarea und Hebostomie. Partus arte praematurus wird möglichst eingeschränkt, Wendung auf den Steiß ganz unterlassen. Forzeps 10, Extractio 2 (2 K. †), Versio und Extractio 5 (2 K. †), Partus arte praematurus 4 (1 K. †), Sectio caesarea 4, Hebostomie 1, Perforatio 2 (†), zusammen 28 (7 K. †) = 25%. Eine Mutter starb an Verblutung (Atonie nach Placenta praevia).

Im folgenden Falle entstand Uterusruptur. V-para (4 Partus à terme, 2 K. †) wird in partu aufgenommen. Eröffnungsperiode vollendet, Eihäute stehen, Querlage. C. V. $8\,cm$. Wendung auf den Kopf durch äußere Handgriffe. Blasensprung. Schwache Wehen, werden nach einer halben Stunde etwas besser. Eine Stunde nachher scheint sich der Kopf zum Eintritt in das Becken anzuschicken. Kontraktionsring 2 Finger breit unter dem Nabel, Lig. rot. ziemlich gespannt. Unteres Uterinsegment wenig empfindlich. Eine Viertelstunde später Uterusruptur. Extraktion. Kind tot; schwere intrakranielle Blutung; Tamponade; Mutter gut. Mit der Hebostomie wurde hier zu lange gezögert.

Da die Statistik der Amsterdamer Frauenklinik (Treub) noch fehlt, wird die Diskussion über die Therapie der engen Becken vertagt.

Diskussion über den Vortrag Driessens: Über den Glykogengehalt der Plazenta. (Sitzung vom 17. November 1907.)

van Tussenbroek hält Driessens Untersuchungen für sehr wichtig. Die Plazentationsfrage steht jetzt im Zeichen der Physiologie. Sie bemerkt folgendes: 1. Beim Kaninchen findet man das Glykogen in der maternalen, nie in der fötalen Plazenta. Im Körper des Embryo kommt es wieder zum Vorschein; es muß also in unsichtbarer Gestalt die fötale Plazenta durchwandert haben. Wie können wir uns diesen Transport vorstellen? Wird vielleicht das Glykogen unter dem Einflusse eines am Grenzgebiete zwischen Mutter und Frucht abgespaltenen Fermentes in Glukose umgewandelt, um nachher im Embryo wieder als Glykogen ausgeschieden zu werden? Das wäre also analog dem Prozesse, den wir uns bei der Glykogenie der Leber denken. 2. In der Plazenta des Kaninchens befindet sich das Glykogen innerhalb der Bindegewebszellen, in der menschlichen Plazenta hauptsächlich in den Drüsenzellen. Wäre also beim Kaninchen die Arbeit der Glykogenausscheidung einem anderen Gewebe anvertraut als beim Menschen? Das wäre ein fundamentaler Unterschied. Ein zweiter Unterschied liegt in dem Umstand, daß die fötale Plazenta beim Kaninchen gar kein, bei dem Menschen wohl Glykogen enthält, wenn auch weniger als die fötale

Plazenta. In diesen Verschiedenheiten liegt eine Warnung, die beim Kaninchen gefundene Tatsachen nicht ohne weiteres auf den Menschen zu übertragen. Übrigens wissen wir schon durch Hubrecht, daß Kaninchen und Mensch, was die Plazentation anlangt, weit ferner voneinander stehen, als z. B. Igel und Mensch. 3. Driessen will den Glykogengehalt der mütterlichen Plazenta zur Grenzbestimmung zwischen fötalem und mütterlichem Gewebe benutzen. Was die Kaninchenplazenten anbelangt, hat er wohl Recht und sind seine Präparate beweisend. Beim Menschen glaubt sie nicht, daß Driessens Präparate genügen, um die von Hubrecht, Siegenbeek van Heukelom und ihr selbst aufgestellten Grenze zu verschieben.

Driessen repliziert, daß auch er der Meinung sei, daß bei dem Transport von Glykogen eine Umwandlung in Zucker stattfinden muß. Dafür spricht auch der Umstand, daß er nie Glykogen im kindlichen Blute gefunden hat. Daß in der fötalen Kaninchenplazenta gar kein Glykogen gefunden wird, könnte damit zusammenhängen, daß dieses Gewebe nur aus einer doppelten Zellschicht besteht, während die fötalen Zotten beim Menschen viel größer sind. Daß die Grenze zwischen mütterlichem und fötalem Gewebe beim Menschen viel schwieriger zu bestimmen ist wie beim Kaninchen, gibt er gern zu. Nicht ohne Bedeutung ist es, daß die Glykogenkugeln beim mütterlichen Gewebe intrazellular und beim fötalen extrazellular gelagert sind. Siegenbeek van Heukelom gegenüber hat er hauptsächlich betont, daß die von diesem als degeneriertes Ektoblast qualifizierten Zellen in seinen (Driessens) Präparaten mit Glykogen überfüllt sind, ohne irgend welche Zeichen von Degeneration.

de Snoo teilt folgende 2 Fälle mit:

1. Gehirnabszeß bei einer Gravida à tenue. Vaginaler Kaiserschnitt. 42jährige XIV-para, aufgenommen mit Diagnose Eklampsie. Vorigen Abend: Hemikranie, Erbrechen, Konvulsionen, Verlust des Bewußtseins. Fäzes und Urin gehen unwillkürlich ab. Status bei der Aufnahme: Patientin ist bewußtlos, cyanotisch, hat blutigen Schaum auf dem Munde. Beine stark ödematös. Atmung röchelnd, Erbrechen. Korneareflex besteht, Papillarreflex abwesend, Pupillen ungleich groß (linke stecknadelkopfgroß). Zuckungen, welche den tonischen Krämpfen eines eklamptischen Anfalles gleichen, ohne daß dieselben von klonischen Krämpfen gefolgt werden. Urin enthält eine Spur Eiweiß, keinen Zucker. Uterus gravidus à terme, leichte Kontraktionen. Kopf halbwegs ins kleine Becken reichend; lebendes Kind. Halskanal mit Mühe für 2 Finger durchgängig. Pharynx wird von Schleim gesäubert, Magen ausgespült, Unterkiefer nach vorn gezogen. Nachher Atmung und Puls viel besser. Zuckungen bleiben bestehen. In der Unsicherheit, ob Eklampsie oder ein anderer Prozeß im Gehirn vorliege, wird im Interesse des Kindes zur Entleerung der Gebärmutter geschritten. Vaginaler Kaiserschnitt; forzipale Extraktion eines lebenden Kindes von 3 *kg*. Blutung aus Zervixwunde steht nach Vernähung. Uterus atonisch, wird tamponiert. Die Konvulsionen dauern fort. Temperatur bis 41·5. Nächsten Morgen Exitus letalis. Obduktion: Innere Organe gesund. Genitalien normal, nirgends Hämatome. Vordere Zervixwunde $1^1/_2$ *cm* nach innen eingerissen. Gehirn (untersucht von de Josselin de Jong): Meningen normal, rechte Hälfte vergrößert, Gyri rechts stark abgeplattet. In den Okzipital-, Parietal- und Temporalklappen rechts befindet sich eine große Höhle, nach innen begrenzt vom Thalamus opticus und Corpus striatum. Die Rinde, welche die Höhle bedeckt, ist äußerst dünn. Mediale Wand des Seitenventrikels und Plexus unverändert. Es besteht also ein extraventrikularer Abszeß im Gehirn, der in dem Ventrikel perforiert ist, vielleicht am Ende des Lebens, vielleicht nach dem Tode beim Herausnehmen des Gehirns. Die Wand des Abszesses zeigt deutliche Zeichen von Entzündung. Die Ätiologie bleibt unbekannt.

2. Placenta praevia bei engem Becken. Mutter und Kind tot. 39jährige XV-para mit allgemein verengtem, plattrachitischem Becken, C. D. 9·7 *cm*, C. V. 7·75 *cm*, kommt mit der Bitte, frühzeitige Geburt einzuleiten. Schwangerschaft gefördert bis etwa 33 Wochen. 3 Kinder leben, davon 2 spontan, eines durch Partus arte praematurus geboren. Bei der Untersuchung am 25. Oktober ergibt sich Placenta praevia. 29. Oktober ziemlich starke Blutung. 30. Oktober sehr starke Blutung. Zervix verstrichen. Eröffnung des Muttermundes 4 *cm*, Bonnaire bis 6 *cm*. Fuß abgeholt und Kind extrahiert. Die Entwicklung des nachkommenden Kopfes ist sehr schwierig; Kind tot. Ausgedehnte Schädelfrakturen. Nach Entfernung der Plazenta Uterustamponade. Zervix leicht eingerissen. Uterus kontrahiert sich schlecht. Sekale. Erneuerung des durch-

bluteten Tampons. Kampfer. Hypodermoklyse. Uterus bleibt atonisch. Nach 1½ Stunden Exitus. Die C. V. wird bei der Obduktion gemessen auf 7·7 *cm*. Nach rechtseitiger Hebosteotomie an der Leiche maß dieselbe 8·7 *cm*, die Sägeflächen standen 3 *cm* auseinander. Der atonische Uterus, ein großer schlaffer Sack, wird demonstriert.

Dr. Catharine van Tussenbroek.

Neue Literatur.

(Der Redaktion zur Besprechung eingesandte Bücher.)

Gynaekologie.

Holland, Malignant Melanoma of the Vulva. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp., Nr. 5.

Doran and Lockyer, Two Cases of Uterine Fibroid showing Peritheliomatous changes; Long Immunity from Recurrence after Operation. Ebenda.

Smith, Some Notes on a Case of Perithelioma of the Endometrium. Ebenda.

Fellner, Die wechselseitigen Beziehungen der innersekretorischen Organe. Samml. klin. Vortr. Nr. 185.

Frankenstein, Drei Fälle von Ovarialtumorenbildung nach Exstirpation des myomatösen Uterus. Inaug.-Dissert. Leipzig, Oktober.

Seeligmann, Über die Anwendung der Bierschen Stauung bzw. Saugmethode in der Gynaekologie. Deutsche med. Wochenschr., Nr. 46.

Geburtshilfe.

Andrews, A Case in which Pregnancy was Complicated by the Presence of a Hydatid Cyst in the Pelvis. The Journ. of Obst. and Gyn. of the Brit. Emp., Nr. 5.

Blacker, A Case of Hydatid Cysts Complicating Pregnancy. Porro-Caesarean Section. Ebenda.

Mc Ilroy, A Case of Abscess of the Ovary following an Attack of Puerperal Septicaemia. Ebenda.

Krönig, Zur Behandlung der Placenta praevia. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 46.

Opitz, Zur Verhütung der Luftembolie in der Geburtshilfe. Ebenda.

Robbinovitz, Cause of Premature Separation of the Placenta. New York Med. Journ., Nr. 19.

Aus Grenzgebieten.

v. Herff, Zur Behandlung der Augengonorrhöe. Zentralbl. f. Gyn., Nr. 46.

Colorni, Malattie delle mammelle e del bambino in relazione con l'allatamento. Lucina. Nr. 11.

Fellner, Die Tätigkeit der innersekretorischen Organe, insbesondere des Ovariums, in der Schwangerschaft. Wiener med. Wochenschr., Nr. 46.

Franz, Die Schädigungen des Harnapparates nach abdominalen Uteruskarzinomoperationen. Zeitschr. f. gyn. Urologie, Nr. 1.

Baisch, Blasenblutungen bei Retroflexio uteri gravidi incarcerata. Ebenda.

Personalien und Notizen.

(Personalien.) **Verliehen:** Den Hofratstitel dem o. ö. Professor Dr. E. Ehrendorfer in Innsbruck. — **Ernannt:** Privatdozent Dr. Heinrich Peham in Wien zum außerordentlichen Professor. — **Gestorben:** Primararzt Dr. Modest Popescul in Czernowitz.

Namenregister.

Die Ziffern bedeuten die Seitenzahlen.

Sachregister.

Die Ziffern bedeuten die Seitenzahlen.

Für den wissenschaftlichen Teil verantwortlicher Redakteur: Dr. Oskar Frankl.

Herausgeber, Eigentümer und Verleger: Urban & Schwarzenberg.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie., Wien, III., Münzgasse 6.

II. Jahrgang. 1908. 24. Heft.

Gynaekologische Rundschau.

Zentralorgan für Geburtshilfe und Frauenkrankheiten

herausgegeben

von

redigiert von

Dr. Oskar Frankl

in Wien.

URBAN & SCHWARZENBERG

BERLIN N., FRIEDRICHSTRASSE 105b

WIEN I., MAXIMILIANSTRASSE 4

1908.

Allmonatlich erscheinen 2 Hefte. Der Jahrgang umfaßt 24 Hefte. Der Bezugspreis beträgt jährlich **15 Mk. = 18 K,** in den Staaten des Weltpostvereines **20 Frcs.,** ein einzelnes Heft kostet **1 Mk. = 1 K 20 h.** Bestellungen nehmen alle Buchhandlungen, Postämter und der Verlag entgegen.

Zuschriften redaktionellen Inhalts, Manuskripte, Referate, Rezensionsexemplare und Sonderabdrücke werden an **Dr. Oskar Frankl, Wien,** I., Franz Josefs-Kai 17, erbeten.

Inhaltsverzeichnis.

Seite

A. Original-Artikel.

B. Bücherbesprechungen.

C. Sammelreferate.

D. Vereinsberichte.

E. Neue Literatur.

F. Personalien und Notizen.

Druck von Gottlieb Gistel & Cie. in Wien, III., Münzgasse 6.





